Bremische Bürgerschaft
Landtag
18.Wahlperiode

Drucksache 18/.677
29.11.12

Bericht des Untersuchungsausschusses Aufklärung der Umstände der Infektionswelle und der Todesfälle von frühgeborenen Kindern auf der neonatologischen Intensivstation im Klinikum Bremen Mitte sowie der damit in Zusammenhang stehenden mutmaßlichen Missachtung von Vorschriften der Krankenhaushygiene, der Nichtbeachtung von Meldevorschriften sowie struktureller, personeller und organisatorischer Mängel hinsichtlich der Einhaltung von Hygienevorschriften und Notwendigkeiten und Möglichkeiten von Verbesserungen in diesem Bereich

Die Bremische Bürgerschaft (Landtag) hat mit Beschluss vom 18. November 2011 einen parlamentarischen Untersuchungsausschuss zur Aufklärung der Umstände der Infektionswelle und der Todesfälle von frühgeborenen Kindern auf der neonatologischen Intensivstation im Klinikum Bremen Mitte sowie der damit in Zusammenhang stehenden mutmaßlichen Missachtung von Vorschriften der Krankenhaushygiene, der Nichtbeachtung von Meldevorschriften sowie struktureller, personeller und organisatorischer Mängel hinsichtlich der Einhaltung von Hygienevorschriften und Notwendigkeiten und Möglichkeiten von Verbesserungen in diesem Bereich mit der Kurzbezeichnung „Krankenhauskeime" eingesetzt. Der Untersuchungsausschuss legt hiermit seinen Bericht nach § 20 Abs. 1 des Untersuchungsausschussgesetzes (UAG) vor.

Die Minderheitenvoten der Fraktion der CDU und der Fraktion DIE LINKE wurden dem Bericht angefügt.

A. Grotheer

Antje Grotheer
- Vorsitzende -

1. Einsetzung und Verfahren des Untersuchungsausschusses……8

1.1. Einsetzung des Untersuchungsausschusses und Untersuchungsauftrag 8

1.2. Konstituierung des Untersuchungsausschusses und Verfahrensüberblick 13

1.3. Rechtsgrundlagen und Verfahrensregeln des Untersuchungsausschusses 13

1.3.1. Verfahren hinsichtlich der Niederschriften über die Beweisaufnahme 14

1.3.2. Beweisaufnahmeverfahren 15

2. Kontext des Keimausbruchs: Das öffentliche Gesundheitswesen in Bremen 17

2.1. Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit 17

2.2. Gesundheitsamt Bremen 18

2.3. Gesundheit Nord gGmbH 19

2.4. Klinikum Bremen-Mitte gGmbH 20

3. Ausbruchsgeschehen 23

3.1. ESBL-bildende Klebsiellen im Jahr 2005 24

3.2. ESBL-bildende Klebsiellen in den Jahren 2009 und 2010 26

3.3. ESBL-bildende Klebsiellen im Jahr 2011 27

3.3.1. ESBL-bildende Klebsiellen im Juni 2011 28

3.3.2. ESBL-bildende Klebsiellen im Juli 2011 28

3.3.3. ESBL-bildende Klebsiellen im August 2011 28

3.3.4. ESBL-bildende Klebsiellen im September 2011 29

3.3.5. ESBL-bildende Klebsiellen im Oktober 2011 30

3.3.6. ESBL-bildende Klebsiellen im November 2011 32

3.3.7. ESBL-bildende Klebsiellen im Dezember 2011 36

3.4. ESBL-bildende Klebsiellen im 2012 36

3.4.1. ESBL-bildende Klebsiellen im Januar 2012 36

3.4.2. ESBL-bildende Klebsiellen im Februar 2012 37

3.4.3. ESBL-bildende Klebsiellen im Mai 2012 39

4. Medizinischer Hintergrund 40

4.1. Klebsiella pneumoniae 42

4.2. ESBL-Bildner 43

4.3. Nosokomiale Infektionen bei Frühgeborenen 45

4.4. Herkunft des Keims und Übertragungswege 47

4.4.1. Herkunft des Keims 47

4.4.1.1. Möglicher Eintrag von einer anderen Station des Klinkums Bremen-Mitte 48

4.4.1.2. Desinfektionsmitteldosiergerät als mögliche Keimquelle 49

4.4.2. Mögliche Übertragungswege 52

4.5. Zusammenfassung 54

5. Hygienemanagement 55

5.1. Rechtliche Grundlagen 55

5.2. Personelle Anforderungen 60

5.2.1. Krankenhaushygienikerin/Krankenhaushygieniker 61

5.2.1.1. Rechtliche Vorgaben 61

5.2.1.2. Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene 66

5.2.1.3. Qualifikation des Krankenhaushygienikers am Klinikum Bremen-Mitte 68

5.2.1.4. Erfordernis einer Vollzeitstelle am Klinikum Bremen-Mitte 69

5.2.1.5. Sichtweise der senatorischen Behörde 71

5.2.2. Hygienebeauftrage Ärzte 72

5.2.2.1. Vorgaben 73

5.2.2.2. Hygienebeauftragte Ärzte am Klinikum Bremen-Mitte 76

5.2.3. Hygienefachkräfte 76

5.2.3.1. Vorgaben 77

5.2.3.2. Hygienefachkräfte am Klinikum Bremen-Mitte 80

5.2.3.3. Hygienebeauftragte in der Pflege 81

5.3. Organisation 82

5.3.1. Organisatorische Einbindung des Hygienepersonals 82

5.3.1.1. Hygieneverantwortlichkeit in der Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte 82
5.3.1.2. Einflussmöglichkeiten des Krankenhaushygienikers 85
5.3.2. Hygienekommission 86
5.4. Hygieneplan **90**
5.5. Dokumentation **93**
5.5.1. Dokumentation nosokomialer Infektionen 93
5.5.2. Dokumentation des Antibiotikaverbrauchs 95
5.5.3. Patienten- und Pflegedokumentation 96
5.6. Routinescreening **97**
5.7. Hygieneverhalten **100**
5.7.1. Händehygiene 100
5.7.2. Schutzkleidung 108
5.8. Krankenhauseinrichtung **109**
5.9. Elternaufklärung **110**
5.10. Zusammenfassung **112**
6. Ausstattung mit medizinischem Personal **115**
6.1. Bedeutung der Personalausstattung für die Hygiene **115**
6.2. Qualifikation des Personals **116**
6.2.1. Vorgaben 117
6.2.2. Qualifikation der Pflegekräfte in der Neonatologie 118
6.2.3. Qualifikationen im ärztlichen Bereich 119
6.3. Quantitative Personalausstattung **120**
6.3.1. Sanierungskonzept der Gesundheit Nord 120
6.3.1.1. Zuständigkeit für Personalentscheidungen 123
6.3.1.2... Einbindung der Aufsichtsräte der Gesundheit Nord und des Klinikums Bremen-Mitte 129
6.3.1.3. Personalentwicklung 131
6.3.2. Quantitative Besetzung der Neonatologie im Jahr 2011 133
6.3.2.1. Empfehlungen 133
6.3.2.2. Situation in der Pflege im Klinikum Bremen-Mitte 135
6.3.2.3. Überlastungsanzeigen des Pflegepersonals 138

6.3.2.4. Ärztlicher Bereich 140

6.3.3. Personalsituation der Station 4027 im Jahr 2012 146

6.4. Ursächlichkeit einer schwankenden Personalbesetzung für die Keimübertragung? **146**

6.5. Zusammenfassung **148**

7. Reinigung und Desinfektion **150**

7.1. Vorgaben **150**

7.1.1. Empfehlung der KRINKO 150

7.1.2. Hygieneplan und Desinfektionspläne 151

7.2. Ausführung der Reinigungsarbeiten **153**

7.2.1. Organisation der Reinigung 153

7.2.2. Grundlagen der Reinigung 155

7.2.3. Quantitative Anforderungen an die Reinigung 156

7.2.4. Einarbeitung und Schulung des Reinigungspersonals 159

7.2.5. Qualitätsüberprüfungen 161

7.3. Kritik an den Reinigungs- und Desinfektionsleistungen **162**

7.3.1. Interne Kritik 163

7.3.2. Externe Kritik 167

7.3.2.1. Deutsches Beratungszentrum für Hygiene Freiburg 167

7.3.2.2. Bericht des Desinfektors 176

7.3.2.3. Weitere Kritikpunkte an der Reinigung im Klinikum Bremen-Mitte 178

7.4. Zusammenfassung **181**

8. Ausbruchsmanagement **183**

8.1. Vorbereitende Phase **183**

8.1.1. Festlegung von Auslöseereignissen 184

8.1.2. Strukturierung der erforderlichen Abläufe 185

8.1.3. Festlegung von Zuständigkeiten und Kommunikationswegen 192

8.1.4. Sicherstellung von Untersuchungskapazitäten 193

8.1.5. Festlegung der Abläufe zur Information und Kooperation mit dem zuständigen Gesundheitsamt 194

8.1.6. Festlegung der Öffentlichkeitsarbeit 194

8.2. Reaktive Phase 2005 ... 195

8.3. Reaktive Phase 2011 ... 197

8.3.1. Feststellen des Auslöseereignisses ... 197

8.3.2. Einberufung eines Ausbruchsmanagementteams ... 200

8.3.3. Meldung ... 204

8.3.3.1. Meldung durch das Klinikum Bremen-Mitte ... 204

8.3.3.2. Übermittlung durch das Gesundheitsamt ... 213

8.3.4. Erste krankenhaushygienische Ortsbegehung und Festlegung des akuten Handlungsbedarfs ... 216

8.3.4.1. Durchführung der Maßnahmen ... 216

8.3.4.2. Qualität der Maßnahmen ... 218

8.3.5. Festlegung von ersten Interventionsmaßnahmen zur Verhütung der Weiterverbreitung der Keime ... 221

8.3.5.1. Screening-Untersuchungen der Patientinnen und Patienten ... 222

8.3.5.2. Kohortierung ... 224

8.3.5.3. Aufnahmestopp ... 227

8.3.6. Ermittlung der Infektionsquelle ... 230

8.3.6.1. Tätigkeit des Robert Koch-Instituts ... 231

8.3.6.2. Tätigkeit des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene ... 233

8.3.6.3. Personalscreening ... 234

8.3.7. Bewertung der erhobenen Befunde und Festlegung gezielter Interventionsmaßnahmen nach den Ereignissen im Jahr 2011 ... 237

8.3.8. Information der Öffentlichkeit ... 243

8.3.9. Entlassung von Herrn Professor Dr. Huppertz ... 245

8.3.10. Wiedereröffung der Station ... 247

8.4. Reaktive Phase Februar 2012 ... 252

8.4.1. Feststellen des Auslöseereignisses ... 252

8.4.2. Einberufung des Ausbruchmanagementteams ... 253

8.4.3. Meldung ... 253

8.4.4. Erste krankenhaushygienische Ortsbegehung und Festlegung von Interventionsmaßnahmen ... 254

8.4.5. Ermittlung der Infektionsquelle ... 255

8.4.6. Information der Öffentlichkeit ... 258

8.4.7. Freistellung von Herrn Dr. Hansen und Herrn Dr. Kappler ... 259

8.5. Reaktive Phase Mai 2012 ... **259**

8.6. Zusammenfassung ... **260**

9. Kontrolle und Aufsicht ... **262**

9.1. Gesellschaftsrechtliche Einflussmöglichkeiten der Gesundheit Nord auf das Klinikum Bremen-Mitte ... **262**

9.1.1. Gesellschaftsrechtliche Struktur der Klinikum Bremen Mitte gGmbH 262

9.1.2. Aufsichtspflichten von Aufsichtsrat und Gesellschafterin der Klinikum Bremen-Mitte gGmbH ... 264

9.1.3. Das Eltern-Kind-Zentrum ... 268

9.1.4. Gesellschaftsrechtliche Rolle der Gesundheit Nord gGmbH Klinikverbund Bremen ... 270

9.1.4.1. Beteiligungsmanagement ... 272

9.1.4.2. Umsetzung ... 273

9.2. Behörden ... **275**

9.2.1. Senat und für Gesundheit zuständiges Senatsmitglied ... 275

9.2.3. Gesundheitsamt Bremen ... 282

9.2.3.1. Landeskompetenzzentrum für Infektionskrankheiten ... 288

9.2.3.2. Zuständigkeit für Schutzmaßnahmen und Bußgeldverfahren nach dem Infektionsschutzgesetz ... 291

9.2.3.3. Verpflichtung zur fortlaufenden Überarbeitung der Krankenhaushygieneverordnung ... 293

9.2.4. Zusammenfassung ... 294

10. Gesetz über das Leichenwesen ... **296**

10.1. Benachrichtigung an das Institut für Rechtsmedizin ... **296**

10.2. Erfordernis einer qualifizierten Leichenschau ... **298**

11. Zusammenarbeit mit Krankenkassen ... **302**

11.1. Ambulante Behandlung von Patienten mit antibiotikaresistenten Keimen ... **302**

11.2. Kosten der Krankenhaushygiene ... **303**

11.3. Netzwerke zur Bekämpfung antibiotikaresistenter Keime 306

12. Der Umgang mit multiresistenten Erregern in den Niederlanden 309

12.1. Verbreitung von multiresistenten Erregern in den Niederlanden 309

12.2. Strategien zur Reduktion von Antibiotikaresistenzen 310

12.2.1. Das Prinzip „search“ 311

12.2.2. Das Prinzip „restrict“ 312

12.2.3. Das Prinzip „contain“ 313

12.2.4. Das Prinzip „follow“ 314

12.3. Unterschiede zwischen dem niederländischen und dem deutschen Gesundheitssystem 315

12.3.1. Arts Microbioloog 315

12.3.2. Hygienefachkräfte 316

12.3.3. Inspectie voor de Gezondheitszorg 317

12.3.4. Organisation der ambulanten und klinischen Versorgung 318

12.4. Zusammenfassung 319

13. Zusammenfassende Bewertung 320

14. Empfehlungen des Untersuchungsausschusses Klinikkeime 325

Verzeichnis der Anlagen 334

Anlage 1 335

Anlage 2 340

Anlage 3 362

Anlage 4 368

Anlage 5 373

Anlage 6 383

Abkürzungsverzeichnis 385

Minderheitenvotum der CDU-Fraktion

Minderheitenvotum der Fraktion DIE LINKE.

1. Einsetzung und Verfahren des Untersuchungsausschusses

Anfang November 2011 wurde in der Öffentlichkeit bekannt, dass im Klinikum Bremen-Mitte seit August 2011 drei frühgeborene Kinder an einer Infektion mit multiresistenten Darmkeimen gestorben waren. Bei weiteren Kindern wurden multiresistente Darmkeime nachgewiesen, bei einigen dieser Kinder hatten die Keime bereits zu einer Erkrankung geführt. Zunächst wurde ein Aufnahmestopp für die betroffene neonatologische Station verhängt, sie wurde dann einige Tage später vollständig geräumt. Die Staatsanwaltschaft Bremen leitete, nachdem zunächst gegen Unbekannt ermittelt worden war, am 21. November 2011 ein Ermittlungsverfahren wegen fahrlässiger Tötung und fahrlässiger Körperverletzung gegen den Direktor der Professor-Hess-Kinderklinik und der Klinik für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin ein.[1]

1.1. Einsetzung des Untersuchungsausschusses und Untersuchungsauftrag

Am 18. November 2011 beantragten die Fraktion der CDU, der Abgeordnete Jan Timke (BIW), die Fraktionen der SPD, Bündnis 90/DIE GRÜNEN und DIE LINKE die Einsetzung eines parlamentarischen Untersuchungsausschusses.[2]

Aufgrund des vorgenannten gemeinsamen Antrags setzte die Bürgerschaft (Landtag) am 18. November 2012[3] einen parlamentarischen Untersuchungsausschuss mit folgendem Auftrag ein:

> *"Die Bremische Bürgerschaft (Landtag) setzt einen aus 12 Mitgliedern und 12 stellvertretenden Mitgliedern bestehenden parlamentarischen Untersuchungsausschuss mit dem Auftrag ein, im Rahmen der verfassungsmäßigen Zuständigkeit des Landes zu untersuchen, ob und inwieweit die Nichtbeachtung von Vorschriften der Krankenhaushygiene, strukturelle, personelle und/oder organisatorische Mängel innerhalb des Klinikums Bremen-Mitte, des*

[1] Vermerk von Frau Staatsanwältin Günther vom 21. November 2011, Band 17, S. 116.

[2] Drucksache 18/132.

[3] Protokoll der 9. (außerordentlichen) Sitzung der Bremischen Bürgerschaft, S. 396 und Beschlussprotokoll der 9. Sitzung der Bremischen Bürgerschaft Nr. 18/128.

Klinikverbundes Gesundheit Nord (GeNo), des Gesundheitsamtes bzw. der senatorischen Behörde für Gesundheit sowie die Nichtbeachtung der Meldevorschriften für die Infektion von mindestens 23 Kindern mit dem Keim Klebsiella pneumoniae und den Tod von mindestens drei frühgeborenen Kindern ursächlich waren und ob Infektionen und Todesfälle vermeidbar gewesen wären.

Über das Ergebnis der Untersuchungen und die sich daraus ergebenden Konsequenzen ist der Bremischen Bürgerschaft (Landtag) Bericht zu erstatten.

Der Untersuchungsauftrag erstreckt sich auf folgende Themenkomplexe:

- *Erforschung der möglichen Ursachen für die Klebsiellen-Infektion in der Neonatologie im Klinikum Bremen-Mitte auch vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit ähnlichen Vorfällen in anderen großen Kliniken wie in Mainz oder in Hamburg.*
- *Kontrolle und Aufsicht über die Einhaltung der Vorschriften zur Krankenhaushygiene in den bremischen Kliniken, insbesondere im Klinikum Bremen-Mitte durch die Krankenhäuser selbst bzw. deren Beauftragten oder Bevollmächtigten, die Gesundheit Nord sowie die zuständigen Aufsichtsbehörden.*
- *Art und Umfang der Meldevorschriften und deren Beachtung sowie die Information der Öffentlichkeit durch die Behörde der Senatorin für Gesundheit im vorliegenden und allgemein das vorgesehene Reaktionssystem im Krisenfall.*
- *Auswirkungen des Zentrenkonzeptes der Gesundheit Nord im Bereich der Neonatologie unter Einbeziehung von Krankenhausentwicklungskonzepten anderer vergleichbarer Großstädte.*
- *Umsetzung und Einhaltung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern.*
- *Steuerungsprozesse und Entscheidungsstrukturen im Klinikum Mitte, im Klinikverbund Gesundheit Nord, in der senatorischen*

Behörde und in deren nachgeordneten Dienststellen, in den Bereichen Hygiene, Infektionsschutz und Meldepflichten.

- *Die politische und administrative Verantwortung des Senats, insbesondere der Senatorin für Gesundheit als Senatorin und Vorsitzende des Aufsichtsrates der Gesundheit Nord.*
- *Konsequenzen aus dem zu untersuchenden Sachverhalt für die Verbesserung und Weiterentwicklung der Krankenhaushygiene im Land Bremen sowie der Meldevorschriften innerhalb des Gesundheitsressorts, seiner nachgeordneten Dienststellen und zwischen diesen Behörden.*

Dabei sollen insbesondere folgende Sachverhalte untersucht werden:

- *Art und Umfang der geltenden bundes- und landesrechtlichen Vorschriften zur Krankenhaushygiene.*
- *Umsetzung der geltenden Hygienevorschriften in der Neonatologie, im Klinikum Bremen-Mitte und im Klinikverbund Gesundheit Nord.*
- *Personelle Verantwortung für die Umsetzung der Hygiene- und Meldevorschriften in der Neonatologie und im Klinikum Bremen-Mitte.*
- *Personelle Ausstattung und Qualifikation in den Bereichen Krankenhaushygiene und Neonatologie im Klinikverbund Gesundheit Nord, auch im Vergleich zu Kliniken anderer Großstädte.*
- *Zusammenarbeit mit den Krankenkassen im Zusammenhang mit der Einhaltung der Vorschriften zur Krankenhaushygiene.*
- *Eingeleitete Maßnahmen des Klinikums Bremen-Mitte, der Gesundheit Nord, des Gesundheitsamtes und des Gesundheitsressorts seit Beginn der Infektionen im konkreten Krisenfall.*
- *Auswirkung der Zusammenführung der Neonatologie von den Kliniken Links der Weser und Bremen-Nord am Klinikum Bremen-Mitte im Hinblick auf den konkreten Krisenfall und im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung insgesamt.*

- *Zeitpunkt und Umfang der Untersuchung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Neonatologie und des Klinikums Bremen-Mitte auf den in Rede stehenden Keim.*
- *Art und Umfang der vorgeschriebenen Meldewege und tatsächlicher Ablauf im zu untersuchenden Sachverhalt.*
- *Innerbetriebliche Abläufe und Strukturen im Klinikum Mitte und dem Klinikverbund, die ein frühzeitiges Erkennen der Krisensituation beeinflusst haben.*
- *Hygienemanagement und Meldesystem im Vergleich zur Praxis an anderen Kliniken im Bundesgebiet oder darüber hinaus.*
- *Zeitpunkt der Information des medizinischen Personals in der betroffenen Klinik, der Angehörigen von Betroffenen und neu eingewiesenen Patienten sowie der Öffentlichkeit.*
- *Anzeige und Einleitung strafrechtlicher Ermittlungen.*
- *Untersuchung der Konsequenzen, die nach den durch vergleichbare Infektionen verursachten Zwischenfällen in anderen Kliniken für notwendig gehalten wurden und deren Bewertung durch Hygienesachverständige.*
- *Einhaltung der in Deutschland geltenden medizinischen Hygienestandards im Land Bremen durch Hygienepläne einschließlich der Hygienekontrollen sowie deren Dokumentation, auch im Vergleich zu den Kliniken anderer Großstädte.*
- *Die medizinisch wünschenswerten und realisierbaren Möglichkeiten der Verbesserung der Krankenhaushygiene und laufende Einbeziehung von externem Sachverstand.“*

Die Bürgerschaft (Landtag) wählte folgende Abgeordnete als Mitglieder und stellvertretende Mitglieder des parlamentarischen Untersuchungsausschusses zur Aufklärung der Umstände der Infektionswelle und der Todesfälle von frühgeborenen Kindern auf der neonatologischen Intensivstation im Klinikum Bremen-Mitte sowie der damit in Zusammenhang stehenden mutmaßlichen Missachtung von Vorschriften der Krankenhaushygiene, der Nichtbeachtung von Meldevorschriften sowie struktureller, personeller und organisatorischer Mängel hinsichtlich der Einhaltung von Hygienevorschriften und Notwendigkeiten und Möglichkeiten von Verbesserungen in diesem Bereich:

Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
Böschen, Sybille (SPD)	Gürlevik, Aydin (SPD)
Gottschalk, Arno (SPD)	Hiller, Ulrike (SPD)
Grotheer, Antje (SPD)	Holsten, Reiner (SPD)
Peters-Rehwinkel, Insa (SPD)	Mahnke, Manuela (SPD)
Ryglewski, Sarah (SPD)	Weigelt, Helmut (SPD)
Fecker, Björn (Bündnis 90/ DIE GRÜNEN)	Schmidtmann, Dirk (Bündnis 90/ DIE GRÜNEN)
Neddermann, Linda (Bündnis 90/ DIE GRÜNEN)	Schön, Silvia (Bündnis 90/ DIE GRÜNEN)
Saffe, Jan (Bündnis 90/ DIE GRÜNEN)	Dr. Schierenbeck, Anne (Bündnis 90/ DIE GRÜNEN)
Bensch, Rainer (CDU)	Piontkowski, Gabriela (CDU)
Hinners, Wilhelm (CDU)	Rohmeyer, Claas (CDU)
Dr. Mohr-Lüllmann, Rita (CDU)	Timke, Jan (BIW)
Bernhard, Claudia (DIE LINKE)	Rupp, Klaus-Rainer (DIE LINKE)

Die Bürgerschaft (Landtag) wählte die Abgeordnete Antje Grotheer zur Vorsitzenden und den Abgeordneten Björn Fecker zum stellvertretenden Vorsitzenden.

Im Laufe seiner Untersuchung stellte der parlamentarische Untersuchungsausschuss fest, dass auf der neonatologischen Intensivstation des Klinikums Bremen-Mitte bereits im Jahr 2005 bei zumindest sechs frühgeborenen Kindern multiresistente Keime der Art Klebsiella pneumoniae nachgewiesen worden waren. Entsprechend dem Antrag der Fraktionen der CDU, der SPD und Bündnis 90/DIE GRÜNEN[4] beschloss die Bürgerschaft (Landtag) unter Zustimmung aller Fraktionen in ihrer Sitzung am 23. Februar 2012,[5] den Untersuchungsauftrag zu erweitern und den parlamentarischen Untersuchungsausschuss auch mit der Untersuchung der Vorgänge über nachgewiesene Klebsiellen-Keime in der Neonatologie im Klinikum Bremen-Mitte im Jahr 2005 zu beauftragen.

[4] Drucksache 18/274.

[5] Protokoll der 15. Sitzung der Bremischen Bürgerschaft, S. 845.

1.2. Konstituierung des Untersuchungsausschusses und Verfahrensüberblick

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss trat am 18. November 2011 zu seiner konstituierenden Sitzung zusammen. Er gab sich die Kurzbezeichnung "Untersuchungsausschuss Krankenhauskeime“ und verabschiedete eine Verfahrensordnung.[6]

Dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss standen gemäß Art. 105 Abs. 5 der Landesverfassung der Freien Hansestadt Bremen (BremLV)[7] eine Mitarbeiterin und ein Mitarbeiter der Bürgerschaftskanzlei, eine Richterin am Verwaltungsgericht sowie ein Richter am Amtsgericht, die in die Bürgerschaftskanzlei abgeordnet worden waren, als Ausschussassistenz und den Fraktionen Mittel für jeweils eine Fraktionsassistentin oder einen Fraktionsassistenten zur Verfügung. Die Fraktion DIE LINKE beschäftigte aus ihren Mitteln zwei Mitarbeiter als Fraktionsassistenz.

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hielt in der Zeit vom 18. November 2011 bis 18. Oktober 2012 insgesamt 49 interne Sitzungen ab. Die Beweisaufnahme erfolgte in 34 öffentlichen Beweisaufnahmen, 9 nicht-öffentlichen Beweisaufnahmen sowie einer Inaugenscheineinnahme.

Der vorliegende Bericht wurde am 27. November 2012 mehrheitlich mit den Stimmen der Vertreterinnen und Vertreter der Fraktionen der SPD und Bündnis 90/DIE GRÜNEN und gegen die Stimmen der Vertreterinnen und Vertreter der Fraktionen der CDU und DIE LINKE beschlossen. Die Minderheitenvoten der Fraktionen der CDU und DIE LINKE sind dem Bericht beigefügt.

1.3. Rechtsgrundlagen und Verfahrensregeln des Untersuchungsausschusses

[6] Anlage 1.

[7] Vom 21. Oktober 1947, Brem.GBl. S. 251, zuletzt geändert durch Gesetz vom 17. Juli 2012, Brem.GBl. S. 354.

Die Einsetzung sowie die Befugnisse des parlamentarischen Untersuchungsausschusses im Land Bremen finden ihre Rechtsgrundlage in Art. 105 Abs. 5 BremLV. Dieser lautet:

> *„Die Bürgerschaft hat das Recht und auf Antrag eines Viertels ihrer Mitglieder die Pflicht, parlamentarische Untersuchungsausschüsse einzusetzen. Diese Ausschüsse und die von ihnen ersuchten Behörden können in entsprechender Anwendung der Strafprozessordnung alle erforderlichen Beweise erheben, auch Zeugen und Sachverständige vorladen, vernehmen, vereidigen und das Zeugniszwangsverfahren gegen sie durchführen. Das Brief-, Post-, Telegrafen- und Fernsprechgeheimnis bleibt jedoch unberührt. Die Gerichts- und Verwaltungsbehörden sind verpflichtet, dem Ersuchen dieser Ausschüsse auf Beweiserhebung Folge zu leisten. Die Akten der Behörden sind ihnen auf Verlangen vorzulegen. Der Senat stellt den Untersuchungsausschüssen auf Ersuchen das zu ihrer Unterstützung erforderliche Personal zur Verfügung. Die Untersuchungsausschüsse haben das Recht, das Personal im Einvernehmen mit dem Senat auszuwählen.“*

Maßgeblich für die Arbeit eines parlamentarischen Untersuchungsausschusses ist weiter das Gesetz über Einsetzung und Verfahren von parlamentarischen Untersuchungsausschüssen.[8]

Im Rahmen der Verfahrensordnung legte der Untersuchungsausschuss u.a. Regelungen zur Vertraulichkeit und zum Datenschutz fest. Soweit die vom Senat der Freien Hansestadt Bremen übersandten Akten als „vertraulich“ gekennzeichnet wurden, galten sie nach Ziffer 14 b der Verfahrensordnung des parlamentarischen Untersuchungsausschusses als mit einem Vertraulichkeitsbeschluss gemäß § 7 Abs. 5 Untersuchungsausschussgesetz versehen.

1.3.1. Verfahren hinsichtlich der Niederschriften über die Beweisaufnahme

[8] Vom 15. November 1982, Brem.GBl. S. 329, zuletzt geändert durch Gesetz vom 18. Oktober 2005, Brem.GBl. S. 547.

Die Aussagen der vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss im Rahmen der öffentlichen und der nicht öffentlichen Beweisaufnahmen vernommenen Zeuginnen und Zeugen und Sachverständigen wurden digital aufgezeichnet und sodann als schriftliche Wortprotokolle niedergelegt. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss übersandte den Zeuginnen und Zeugen und Sachverständigen Abschriften der ihre Aussagen betreffenden Vernehmungsprotokolle für eventuelle Einwendungen gegen die Richtigkeit der Übertragung vom Tonträger oder Richtigstellungen in der Sache, die dem entsprechenden Protokoll als Anlage beigefügt wurden.

1.3.2. Beweisaufnahmeverfahren

Insgesamt erstreckte sich die Beweisaufnahme auf 221 Akten. Die aktenführenden Stellen übersandten insgesamt 186 Akten. Die erste Aktenübersendung erfolgte am 1. Dezember 2011, die letzte am 2. Oktober 2012.

Die Beiziehung der Akten verlief nicht immer so umfänglich und zügig, wie es sich der Ausschuss gewünscht hätte. Teilweise musste der Ausschuss explizit Unterlagen benennen, die er für die Untersuchung benötigte.

Darüber hinaus beantragte der parlamentarische Untersuchungsausschuss beim Amtsgericht Bremen die Durchsuchung der Räumlichkeiten der Stationen 4027 und 4028 des Klinikums Bremen-Mitte, des Instituts für Allgemeine Hygiene, Krankenhaus- und Umwelthygiene sowie des Verwaltungssitzes der Gesundheit Nord sowie die Sicherstellung von Unterlagen, die im Zusammenhang mit dem Untersuchungsgegenstand standen. Dies wurde erforderlich, da der Ausschuss erfahren hatte, dass beim Klinikum Bremen-Mitte Unterlagen über weitere Keimbefunde vorlagen, die dem gleichen Untersuchungsgeschehen zuzuordnen waren, dem Ausschuss allerdings nicht zur Verfügung gestellt worden waren. Mit Beschlüssen vom 2. März 2012 (Aktenzeichen: 92 Gs 315/12, 92 Gs 318/12 und 92 Gs 319/12) ordnete das Amtsgericht Bremen die Durchsuchung und Sicherstellung an. Bei den mit Amtshilfe der Polizei am 2. und am 5. März 2012 erfolgten Durchsuchungen stellte der parlamentarische Untersuchungsausschuss zahlreiche Akten sicher. Außerdem stellte er eine Vielzahl elektronischer Daten vorläufig sicher. Die endgültige Sicherstellung von Teilen dieser elektronischen Daten aufgrund konkreter Suchbegriffstreffer erfolgte mit Beschlüssen des parlamentarischen

Untersuchungsausschusses vom 22. und 31. Mai 2012. Insgesamt umfassten die beschlagnahmten Akten schließlich 35 Bände.

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss fasste zur Durchführung der Beweisaufnahme insgesamt 32 Beweisbeschlüsse.[9] Er vernahm insgesamt 85 Zeuginnen und Zeugen sowie Sachverständige.[10] Soweit für die Zeuginnen und Zeugen beamtenrechtlich oder aus sonstigen Gründen Aussagegenehmigungen erforderlich waren, wurden diese in jedem Fall erteilt.

Erheblich erschwert wurde die Arbeit des parlamentarischen Untersuchungsausschusses dadurch, dass eine Vielzahl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Klinikums Bremen-Mitte unter Berufung auf ein umfassendes Auskunftsverweigerungsrecht gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss keine Angaben zur Sache gemacht haben. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hat darauf verzichtet, ein Ordnungsgeld beim Amtsgericht Bremen gegen die Zeuginnen und Zeugen zu beantragen.

[9] Anlage 2.
[10] Anlage 3.

2. Kontext des Keimausbruchs: Das öffentliche Gesundheitswesen in Bremen

Zum besseren Verständnis der nachfolgenden Schilderung des Ausbruchsgeschehens, soll der Kontext, in dem der Keimausbruch stattgefunden hat, kurz dargestellt werden.

2.1. Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit

Nach der Geschäftsverteilung des Senats vom 5. Juli 2011 ist das Gesundheitswesen einschließlich des gesundheitlichen Verbraucherschutzes dem Ressort der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit zugeordnet.[11] In der vorangegangenen 17. Wahlperiode war das Gesundheitswesen bei der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales angesiedelt.[12] Nach Art. 120 S. 1 BremLV tragen die Senatsmitglieder innerhalb ihres nach der Geschäftsverteilung des Senats zugewiesenen Geschäftsbereichs die Verantwortung für die einzelnen Verwaltungsbehörden und Ämter. Als Vertreter im Amt und als Mitglied der Verwaltung steht der Senatorin in der laufenden Legislaturperiode ein Staatsrat für die Bereiche Wissenschaft und Gesundheit zur Seite, der politischer Beamter ist.[13]

Die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit ist oberste Landesbehörde und damit die für diesen Bereich zuständige Aufsichtsbehörde. Sachlich zuständig für die Belange des Gesundheitswesens ist die Abteilung 4 „Gesundheit“. Sie gliedert sich in die Referate

- 40: Rechtsangelegenheiten, Beruferecht, Sozialversicherung
- 41: Landesangelegenheiten Krankenhauswesen, Planung, Förderung, Pflegesatzrecht
- 42: Lebensmittelsicherheit, Veterinärwesen und Pflanzenschutz
- 43: Ärztliche Fragen im Gesundheitswesen, Pflege, Gesundheitsfachberufe, Infektionsschutz, Gesundheitswirtschaft
- 44: Pharmazie, Toxikologie, Gentechnik, Umweltbezogener Gesundheitsschutz
- 45: Gesundheitsplanung, Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe
- 46: Arbeitsschutz, technischer Verbraucherschutz, Eichwesen.

---

[11] Geschäftsverteilung im Senat vom 5. Juli 2011, Amtsblatt der Freien Hansestadt Bremen, S. 951 ff.
[12] Geschäftsverteilung im Senat vom 10. Juli 2007, Amtsblatt der Freien Hansestadt Bremen, S. 745 ff.
[13] § 5 Abs. 2 i.V.m. § 37 Bremisches Beamtengesetz.

Die Abteilung nimmt nach Aussage des ehemaligen Abteilungsleiters, Herrn Dr. Gruhl, bezogen auf die Kliniken nur Landesaufgaben wahr und zwar unabhängig davon, ob es sich um städtische Krankenhäuser oder Krankenhäuser in sonstiger Trägerschaft handelt.[14] Eine darüber hinausgehende Aufsichtsfunktion über die städtischen Krankenhäuser komme ihr nicht zu. Die Stelle des Abteilungsleiters ist seit dem 1. Februar 2012 kommissarisch besetzt gewesen. Seit dem 1. Oktober 2012 ist Frau Stroth Abteilungsleiterin. Tatsächlich befand sich der Stelleninhaber aber bereits seit dem 24. Dezember 2011 nicht mehr im Dienst.[15]

Das Referat 02 Beteiligungsmanagement / Angelegenheiten der kommunalen Krankenhäuser in der senatorischen Behörde nimmt in einer Stabsfunktion die Aufgaben des dezentralen Beteiligungsmanagements wahr.[16] Im Wesentlichen berät und unterstützt es die Ressortspitze in der Wahrnehmung ihrer Aufsichtsratsmandate in städtischen Gesellschaften.[17] Es übt jedoch keine medizinisch-fachliche Aufsichtsfunktion aus.

2.2. Gesundheitsamt Bremen[18]

Das Gesundheitsamt Bremen ist eine nachgeordnete Dienststelle der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit. Nach § 22 Abs. 1 des Gesundheitsdienstgesetzes[19] nehmen die Gesundheitsämter auch die Aufgaben der Infektionshygiene wahr. Dazu gehören insbesondere Aufklärung, Beratung, Verhütung und Eingrenzung von übertragbaren Krankheiten bei einzelnen Personen, bei Bevölkerungsgruppen und in Gemeinschaftseinrichtungen, wozu auch Krankenhäuser gehören. Außerdem überwachen die Gesundheitsämter gemäß § 25 Abs. 1 S. 1 Gesundheitsdienstgesetz die Einhaltung der Anforderungen der Hygiene in Einrichtungen, bei denen aufgrund der vorliegenden Erkenntnisse ein besonderes Hygienerisiko besteht. Zuständig ist das Referat 30, Infektionsepidemiologie, der Abteilung 3 „Gesundheit und Umwelt“ des Gesundheitsamtes.

---

[14] Herr Dr. Gruhl, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 14/1931.

[15] Herr Dr. Gruhl, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 14/1891.

[16] Herr Dr. Gottwald, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 17/2400.

[17] Herr Dr. Gottwald, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 17/2401.

[18] Im Folgenden „Gesundheitsamt“.

[19] Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Lande Bremen, (Gesundheitsdienstgesetz - ÖGDG) vom 27. März 1995, Brem.GBl. S. 175, zuletzt geändert durch Nr. 2.1 i.V.m. Anl. 1, Nr. 2.3 i.V.m. Anl. 3 ÄndBek vom 24. Januar 2012, Brem.GBl. S. 24.

In der Praxis überwacht das Gesundheitsamt den Hygienestandard in den bremischen Krankenhäusern über angekündigte Routinebegehungen, eine Kontrolle der Hygienepläne und monatlich stattfindende Hygienerunden, an denen neben den Hygienefachkräften aller bremischen Kliniken und dem Krankenhaushygieniker auch der Referatsleiter 30 für das Gesundheitsamt teilnimmt.[20]

Ebenfalls in der Abteilung 3 des Gesundheitsamtes Bremen ist das sogenannte Landeskompetenzzentrum für Infektionskrankheiten angesiedelt. Hier werden Informationen über Infektionskrankheiten gesammelt und an das Robert Koch-Institut in Berlin übermittelt.

2.3. Gesundheit Nord gGmbH

Durch das Krankenhausunternehmensortsgesetz[21] hat die Stadtgemeinde Bremen ihre Krankenhausbetriebe mit Wirkung vom 1. Januar 2004 in die Rechtsform gemeinnütziger Gesellschaften mit beschränkter Haftung überführt und zu einer Krankenhaus-Holding in der Gesundheit Nord gGmbH Klinikverbund Bremen (künftig: Gesundheit Nord) zusammengefasst. Zweck der Gesundheit Nord als Dachgesellschaft ist es, die Leistungsfähigkeit und die Wirtschaftlichkeit der mit ihr verbundenen Krankenhaus gGmbHs kontinuierlich und entwicklungsoffen zu verbessern.[22]

Die Stadtgemeinde Bremen steht letztlich hinter der Gesundheit Nord. Die Gesundheit Nord gGmbH befindet sich im hundertprozentigen Besitz der Gesundheit Nord Grundstücksgesellschaft mbH & Co KG. Diese wiederum befindet sich im hundertprozentigen Besitz der Stadtgemeinde Bremen, die Gesundheit Nord gGmbH ist bei der Grundstücksgesellschaft komplementäre Gesellschafterin ohne Kapitaleinlage.

Die Gesundheit Nord ist jeweils hundertprozentige Gesellschafterin der Klinikum Bremen-Nord gGmbH, der Klinikum Bremen-Ost gGmbH, der Klinikum Bremen-Mitte

---

[20] Herr Dr. Dullin, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahmen, 12/1427 ff., 12/1430 und 12/1442.

[21] Ortsgesetz zur Umwandlung der Krankenhausbetriebe der Stadtgemeinde Bremen in privatrechtliche Unternehmen und zur Errichtung einer Holding- und einer Grundstücksgesellschaft (Krankenhausunternehmens-Ortsgesetz - KHUG -) vom 8. April 2003, Brem.GBl. S. 175.

[22] § 4 Krankenhausunternehmensortsgesetz.

gGmbH sowie der Klinikum Links der Weser gGmbH[23] und der Gesundheit Nord Dienstleistungen GmbH.

Die Geschäftsführung der Gesundheit Nord besteht aus zwei Geschäftsführern, und zwar dem Kaufmännischen und dem Medizinischen Geschäftsführer,[24] mit arbeitsteiliger Aufgabenzuweisung.[25] Kaufmännischer Geschäftsführer ist seit dem 1. Oktober 2011 Herr Gmajnic. Medizinischer Geschäftsführer war bis zu seiner Freistellung am 28. Februar 2012 Herr Dr. Hansen. Seit dem 6. März 2012 ist Medizinische Geschäftsführerin Frau Dernedde.

In den Aufsichtsrat, der aus 12 Mitgliedern besteht,[26] entsendet die Stadtgemeinde Bremen die Hälfte der Mitglieder. Die andere Hälfte wird von den Arbeitnehmern der Gesellschaft und den Arbeitnehmern der vier Klinikum gGmbHs als Arbeitnehmervertreter gewählt. Vorsitzende des Aufsichtsrates ist seit dem 6. Juli 2011 Frau Senatorin Jürgens-Pieper. Ihre Vorgängerin war Frau Senatorin a.D. Rosenkötter.

2.4. Klinikum Bremen-Mitte gGmbH

Das Klinikum Bremen-Mitte ist privatrechtlich als gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung organisiert und eine von vier Krankenhäusern unter der kommunalen Dachgesellschaft der Gesundheit Nord. Es handelt sich um ein Krankenhaus der Maximalversorgungsstufe mit 966 stationären und teilstationären Betten und 19 Fachabteilungen. Es verfügt über ein umfangreiches Angebot multidisziplinärer medizinischer Versorgung.[27]

Die Klinik für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin als Bestandteil des Eltern-Kind-Zentrums hatte auf dem Gelände des Klinikums Bremen-Mitte zwei Standorte. In der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe wurden Frühgeborene und kranke Neugeborene auf der neonatologischen Intensivstation (Station 4027) behandelt. Auf

---

[23] Siehe für das Klinikum Bremen-Mitte: § 4 Abs. 2 des Gesellschaftsvertrags, Band 96, S. 3.

[24] § 7 Abs. 1 des Gesellschaftsvertrages der Gesundheit Nord gGmbH Klinikverbund Bremen, Band 58, S. 195.

[25] Herr Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 18/2492.

[26] § 9 Abs. 2 des Gesellschaftsvertrags, Band 58, S. 203; Geschäftsbericht der Gesundheit Nord 2011, http://www.gesundheitnord.de/fileadmin/daten/geno_pdf/Geschaeftsbericht_2011.pdf.

[27] Qualitätsbericht des Klinikums Bremen-Mitte, 2010, S. 4, http://www.gesundheitnord.de/uploads/media/Qualit%C3%A4tsbericht_KBM_2010_final_2011-12-14.pdf .

der interdisziplinären Intensivstation (Station 4028) für Kinder jeder Altersstufe im Gebäude der Kinderklinik werden Kinder postoperativ, nach Unfällen und Verbrennungen sowie mit speziellen internistischen Erkrankungen behandelt.[28]

Die Klinik für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin stand bis zum 15. November 2011 unter der Leitung von Herrn Professor Dr. Huppertz, ebenso die Professor-Hess-Kinderklinik. Dieser hatte am 14. Februar 2007 neben der Leitung der Professor-Hess-Kinderklinik auch die Leitung der Klinik für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin übernommen, nachdem im August 2006 Herr Dr. Albrecht als Klinikdirektor der Klinik für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin in den Ruhestand trat.[29] Als kommissarischer Klinikdirektor der Neonatologie wurde bis zu ihrer Schließung Herr Dr. Körner eingesetzt. Die kommissarische Leitung der Professor-Hess-Kinderklinik übernahm Herr Dr. Marg.

Bis zur Schließung der Station 4027 (Neonatologie) im Februar 2012 war das Klinikum Bremen-Mitte Standort eines Perinatalzentrums Level 1 mit 16 Betten. Ein solches Perinatalzentrum Level 1 ist für Früh- und Neugeborene mit höchstem Risiko gedacht. Dazu zählen Frühgeborene, die vor der 29. Schwangerschaftswoche zur Welt kommen, voraussichtlich unter 1.250 g wiegen oder nach der Geburt eine unmittelbare Notfallversorgung brauchen.[30]

Die Gesamtverantwortung für die Krankenhaushygiene obliegt im Klinikum Bremen-Mitte der Ärztlichen Geschäftsführung.[31] Aufgrund einer Vereinbarung mit der Ärztlichen Geschäftsführerin vom 1. April 2009 nahm Herr Professor Dr. Huppertz neben den vorgenannten Funktionen die Aufgaben eines stellvertretenden Ärztlichen Geschäftsführers des Klinikums Bremen-Mitte u. a. mit dem Zuständigkeitsbereich des „Hygieneverantwortlichen“ wahr.[32]

---

[28] Qualitätsbericht des Klinikums Bremen-Mitte, 2010, S. 110, http://www.gesundheitnord.de/uploads/media/Qualit%C3%A4tsbericht_KBM_2010_final_2011-12-14.pdf .

[29] Bestellung GF-Beschluss vom 7. Februar 2007, Band 21, S. 22.

[30] Anlage 1 zur Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen vom 20. September 2005 (Bundesanzeiger 2005, S. 15 684), zuletzt geändert am 20. August 2009 (Bundesanzeiger 2009, S. 4450) in Kraft getreten am 1. Januar 2010.

[31] Geschäftsordnung der Hygienekommission des Klinikums Bremen-Mitte, Band 14, S. 7-292.

[32] Die Vereinbarung vom 1. April 2009 war nicht von den maßgeblichen Personen unterzeichnet und widersprach der am 25. August 2009 beschlossenen Geschäftsanweisung für die Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte; vgl. dazu die Ausführungen zum Abschnitt Hygienemanagement, Hygienebeauftragter in der Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte.

Als Krankenhaushygieniker war der Leiter des ebenfalls am Klinikum Bremen-Mitte angesiedelten Instituts für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene, Herr Dr. Kappler, beratend tätig. Diese Aufgabe übernahm er zumindest auch für die weiteren dem Klinikverbund der Gesundheit Nord angeschlossenen Klinika. Außerdem beschäftigte das Klinikum Bremen-Mitte drei hauptamtliche Fachkräfte für Hygiene und Infektionsprävention mit einem Stellenvolumen von 2,5. Daneben waren vier hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte als Ansprechpartner für die krankenhaushygienischen Probleme in den jeweiligen Fachkliniken eingesetzt.[33]

Nach dem Gesellschaftsvertrag bestand die Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte während des Ausbruchsgeschehens aus drei Personen, der Pflegerischen Geschäftsführerin, dem Kaufmännischen Geschäftsführer und der Ärztlichen Geschäftsführerin.[34] Letztere war nur nebenamtlich tätig.[35] Die Gesellschaft verfügt über einen Aufsichtsrat, dessen Mitglieder zur Hälfte durch die Stadtgemeinde Bremen entsandt werden. Die andere Hälfte der Aufsichtsratsmitglieder wird von den Arbeitnehmern als Arbeitnehmervertreter gewählt.[36] Bis zu seinem Ausscheiden war Herr Dr. Hansen als Sprecher der Geschäftsführung der Gesundheit Nord Vorsitzender des Aufsichtsrats des Klinikums Bremen-Mitte.[37] Seitdem ist Herr Staatsrat Dr. Schuster Aufsichtsratsvorsitzender.

---

[33] Organigramm der Krankenhaushygiene 17. Mai 2011, Band 14, S. 7-305.
[34] Gesellschaftsvertrag der Klinikum Bremen-Mitte gGmbH in Bremen, Band 96, S. 1 ff.
[35] Frau Dr. Kuss, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 6/781.
[36] § 9 des Gesellschaftsvertrags, Band 96, S.11.
[37] § 9 Abs. 5 Gesellschaftsvertrag, Band 96, S. 11.

3. Ausbruchsgeschehen

Nach dem vermehrten Auftreten von multiresistenten Darmkeimen hat das Nationale Referenzzentrum für gramnegative Krankenhauserreger in Bochum mit Hilfe der Pulsfeldgelelektrophorese bei zahlreichen Proben aus dem Klinikum Bremen-Mitte identische oder eng verwandte Stämme der Spezies Klebsiella pneumoniae festgestellt.[38] Insgesamt waren 37 Kinder von dem Ausbruch betroffen. Dazu ist im ersten Zwischenbericht „Antworten zum Fragenkatalog zu Maßnahmen des KBM und der GeNo[39] ausgeführt:

> *„Im einzelnen können 36 Fälle wie folgt zugeordnet werden:*
>
> *25 Kinder waren aus 2011 schon länger bekannt, bei 21 von ihnen konnte der Ausbruchsstamm im Nationalen Referenz Zentrum (NRZ) bestätigt werden, bei den anderen vier muss von diesem Stamm ausgegangen werden, eine Typisierung ließ sich jedoch nicht mehr durchführen.*
>
> *Fünf Kinder stammen aus der zweiten Ausbruchsphase vom Februar 2012, bei allen ließ sich der Ausbruchsstamm im NRZ nachweisen.*
>
> *Bei einem Kind ließ sich der Ausbruchsstamm in einer alten Laborprobe aus dem Jahr 2009 nachweisen.*
>
> *Bei drei Kindern konnte im Rahmen des Screenings während des stationären Aufenthalts der Ausbruchsstamm bestätigt werden, diese drei Kinder lassen sich der ersten Ausbruchsphase mit entsprechendem Kontakt zuordnen.*

---

[38] Nationales Referenzzentrum für gramnegative Krankenhauserreger, Typisierung von Isolaten mittels Pusfeldgelelektrophorese, 20. Februar 2012, Band 111, S. 2 ff.

[39] Bericht Neonatologie am Klinikum Bremen-Mitte, hier: Erster Zwischenbericht Antworten zum Fragenkatalog zu Maßnahmen des KBM und der GeNo, Band 197, S. 3 ff.

Zwei Kinder wurden durch das angebotene ambulante Screening identifiziert, der Ausbruchsstamm ließ sich nachweisen.“[40]

Bei einem weiteren Kind, das im Mai 2012 auf der Station 3911 lag, konnte ebenfalls der Ausbruchsstamm identifiziert werden.

Die Kinder waren zumeist lediglich besiedelt, das heißt der Keim war bei ihnen nachzuweisen, er verursachte jedoch keine Infektion. Im Jahr 2011 wurde der Ausbruchsstamm erstmals aufgrund eines Abstrichs vom 22. Juli 2011 bei einem am 15. Juli 2011 geborenen Kind (Nr. 15) auf der Station 4027 nachgewiesen. Durch eine Probe, die im Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene Anfang 2012 durch den später freigestellten Krankenhaushygieniker im Probenkühlschrank aufgefunden und durch Zufall noch nicht entsorgt wurde, konnte festgestellt werden, dass bereits im Jahr 2009 ein Kind mit diesem Stamm besiedelt war. Dieses Kind (Nr. 4) wurde am 21. Oktober 2008 geboren und auf der Station 4027 behandelt; der Abstrich wurde am 20. Januar 2009 entnommen.[41]

Weitere Feststellungen zum Vorkommen des Ausbruchsstammes in der Zeit vor dem 22. Juli 2011 konnten mangels vorhandener Proben nicht getroffen werden.

Hinsichtlich des grundsätzlichen Vorkommens von ESBL-bildenden Klebsiellen in diesem Zeitraum liegen folgende Erkenntnisse vor:

3.1. ESBL-bildende Klebsiellen im Jahr 2005

Aus dem Jahr 2005 gibt es Untersuchungsergebnisse des damaligen Leiters des Instituts für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene, Herrn Dr. Holländer. Herr Dr. Holländer berichtete unter dem 15. April 2005 über zwölf Klebsiellen-Isolate.[42] Es handelte sich um fünf Proben aus Muttermilch, eine Probe aus einer Blutkultur und sechs Proben aus Umgebungsuntersuchungen. Die Untersuchung ergab sechs unterschiedliche Fragmentmuster. Identisch waren u. a. zwei

---

[40] Band 197, S. 6.

[41] E-Mail Herr Dr. Wunderle, 27. Februar 2012, Band 100, S. 319.

[42] Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene, Multiresistente Staphylococcus aureus, 15. April 2005, Band 30, S. 3 f.= Band 106, S. 5 f.

Muttermilchproben und die Probe aus der Blutkultur mit einer weiteren Muttermilchprobe. Die Art der Klebsiellen-Stämme wurde nicht näher spezifiziert. Es ist daher nicht ersichtlich, ob es sich um Klebsiella pneumoniae handelte. Herr Dr. Holländer führte dazu aus, epidemiologische Zusammenhänge innerhalb der Isolate mit identischen Fragmentmustern seien sehr wahrscheinlich. In einer Bewertung des Referatsleiters Infektionsepidemiologie beim Gesundheitsamt, Herrn Dr. Wunderle, vom 8. November 2011 wird darauf hingewiesen, dass es sich nicht um einen „richtigen“ Ausbruch gehandelt habe, sondern um zwei Einzelfälle mit zusätzlich zwei Personenclustern. [43]

Im Juli 2005 erfolgte eine weitere genetische Analyse (Typisierung) von Klebsiella pneumoniae-Stämmen aus Untersuchungen von zwei Patienten, zwei Mitarbeitern und Materialien.[44] Hier zeigten sich keine Gemeinsamkeiten; epidemiologische Zusammenhänge wurden von Herrn Dr. Holländer ausgeschlossen. In einer zusammenfassenden Stellungnahme zu beiden Untersuchungen führte der ehemalige Leiter des Instituts für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene, Herr Dr. Kappler, unter dem 13. Januar 2012 aus, es habe einen epidemiologischen Zusammenhang bei jeweils zwei Patienten-Isolaten gegeben, Übertragungen hätten mithin stattgefunden. Keine Zusammenhänge bestünden zwischen den beiden Patienten-Isolaten sowie zu den beiden Mitarbeiter-Isolaten. Klebsiella-positive Mitarbeiter hätten ihren eigenen Keim nicht übertragen. Ein Ausbruch im Sinne von zwei nosokomialen Infektionen mit einem genetisch identischen Erreger bei Kindern sei nach seiner Ansicht aus den Ergebnissen nicht ableitbar.[45]

Drei der 2005 betroffenen Kinder sind verstorben. Der Leiter des Referats Pflege, Ärztliche Angelegenheiten, Infektionsschutz, Gesundheitsfachberufe bei der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit, Herr Dr. Götz, hat dazu in einer Stellungnahme vom 10. Mai 2012[46] ausgeführt: Bei einem Kind mit einem Geburtsgewicht von 969 g, das nach 14 Tagen verstorben sei, seien Klebsiellen (ohne Typisierung) in der Blutkultur nachgewiesen worden. Es habe keine ESBL-Bildung stattgefunden, Sensibilität auf Antibiotika habe bestanden. Bei einem zweiten Kind mit

---

[43] E-Mail Herr Dr. Wunderle, 8. November 2011, Band 30, S. 2.

[44] Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene, Multiresistente Klebsiella pneumoniae, 25. Juli 2005, Band 106, S. 8 f.

[45] Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene, DNA-Typisierung von Klebsiella spp. 2005, 13. Januar 2012, Band 106, S. 2.

[46] Dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss zugesandt mit Schreiben der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit vom 9. Mai 2012.

einem Geburtsgewicht von 612 g, das nach sieben Tagen verstorben sei, habe es lediglich einen Hinweis auf gramnegative Stäbe (wohinter sich Klebsiellen verbergen könnten) in der Blutkultur gegeben. Das dritte Kind sei mit einem Geburtsgewicht von 1.050 g nach 14 Tagen verstorben. Auch hier seien Klebsiellen (ohne Typisierung) in der Blutkultur nachgewiesen worden, wiederum keine ESBL-Bildner, die sensibel auf gängige Antibiotika reagiert hätten. Zusammenfassend ergäben sich keine Hinweise auf ESBL-bildende Klebsiellen, die ursächlich zum Tod der Frühgeborenen geführt hätten.

Zur Typisierung der 2005 aufgetretenen Klebsiellen hat Herr Dr. Holländer, der seinerzeit am Klinikum Bremen-Mitte tätige Krankenhaushygieniker, zur Bestimmung der Bandenmuster Pulsfeldgelelektrophoresen (PFGE) durchführen lassen, von deren Ergebnissen noch Lichtbilder existieren. Diese sind zu Vergleichszwecken im Hinblick auf den aktuellen Ausbruchsstamm an das Nationale Referenzzentrum für gramnegative Krankenhauserreger der Universität Bochum gesandt worden. Von dort aus ist mitgeteilt worden, dass eine Ähnlichkeit zwischen dem 2005 aufgetretenen und dem aktuellen Klebsiellenstamm unwahrscheinlich sei. Aufgrund der Bildqualität der PFGE-Untersuchungen aus dem Jahr 2005, fehlender Angaben zur Methodik sowie der grundsätzlichen Schwierigkeit, PFGE-Bandenmuster unterschiedlicher Laboratorien zu vergleichen, könne eine Identität aber auch nicht ausgeschlossen werden.[47]

3.2. ESBL-bildende Klebsiellen in den Jahren 2009 und 2010

Neben dem bereits genannten Kind Nr. 4 liegen dem Ausschuss aus den Jahren 2009 und 2010 Berichte über weitere vier betroffene Kinder vor:

In der vom Untersuchungsausschuss in den Räumen des Klinikums Bremen-Mitte beschlagnahmten Liste der Todesfälle der Neonatologie in 2009 wird das am 28. April 2009 geborenen Kind Nr. 5 aufgeführt. Das Kind hatte ein Geburtsgewicht von 460 g. Bei ihm wurden Klebsiella pneumoniae im Rachensekret festgestellt, es bestand ein

[47] E-Mail des Herrn Dr. Martin Kaase vom Nationalen Referenzzentrum für gramnegative Krankenhauserreger der Universität Bochum an das Gesundheitsamt Bremen vom 9. Juli 2012.

Verdacht auf eine Sepsis. Das Kind wurde auf der neonatologischen Intensivstation behandelt und verstarb am 9. Mai 2009.[48]

Insgesamt erfolgten im Jahr 2009 auf den Stationen 4027 und 4028 sechs Erstnachweise von ESBL-Klebsiella-pneumoniae.[49]

Am 11. Februar 2010 verstarb das am 4. Januar 2010 mit einem Geburtsgewicht von 618 g geborene Kind Nr. 6.[50] Bei ihm wurde bei einem Abstrich vom 12. Januar 2010 Klebsiella oxytoca im Trachealsekret festgestellt. Auch bei dem am 7. Januar 2010 geborenen Kind Nr. 8 wurden Klebsiella oxytoca nachgewiesen, das Kind litt unter einer Sepsis und wurde auf der neonatologischen Intensivstation versorgt.[51] Im Januar 2010 wurde zudem bei dem am 5. Januar 2009 geborenen Kind Nr. 7 aufgrund eines Abstrichs des Rachens reichlich Klebsiella pneumoniae (ESBL) festgestellt. Das Kind befand sich auf der Station 4028.[52] Es handelte sich um den einzigen Erstnachweis von ESBL-Klebsiella-pneumoniae auf den Stationen 4027 und 4028 im Jahr 2010.[53]

3.3. ESBL-bildende Klebsiellen im Jahr 2011

Am 1. März 2011 wurde das Kind Nr. 9 mit einem Gewicht von 1.240 g geboren und auf die Station 4027 verlegt. Es wurde eine bakterielle Sepsis festgestellt, ein Keimnachweis konnte nicht erfolgen.[54] Das Kind verstarb nach acht Tagen aufgrund eines Lungenversagens. Es erfolgte eine Autopsie.[55]

Der erste Befund mit ESBL-bildendenden Klebsiellen in der Neonatologie im Jahr 2011 betraf das am 25. April 2011 geborene Kind Nr. 10. Das Kind wurde auf der Station 4027 behandelt; der Abstrich erfolgte am 30. April 2011. Das Kind litt unter einer Sepsis.[56] Etwa einen Monat später, am 26. Mai 2011, wurden bei dem am 23. Februar 2011 geborenen Kind Nr. 11 ESBL-bildendende Klebsiellen festgestellt. Das Kind war

---

[48] Klinikum Bremen-Mitte, Arztbrief vom 14. Mai 2009, Band 82, S. 131 ff.

[49] Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 15.

[50] Krankenakte Kind Nr. 6, Band 28, S. 150 ff.

[51] Klinikum Bremen-Mitte, Arztbrief vom 5. Februar 2010, Band 17, S. 81 ff.

[52] Laborbefund vom 16. Januar 2010 Band 94, S. 179.

[53] Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 15.

[54] Krankenakte Kind Nr. 9, Band 24, S. 749.

[55] Klinikum Bielefeld, Pathologisch-anatomische Begutachtung, 4. April 2011, Band 17, S. 19 ff.; Krankenakte Kind Nr. 9, Band 24, S. 660 ff.

[56] Neonatologie, Übersicht ESBL-Patienten, Band 9, S. 126 ff.

lediglich besiedelt. Es hatte zunächst auf der Station 4027 und ab dem 7. April 2011 auf der Station 4028 gelegen.[57]

3.3.1. ESBL-bildende Klebsiellen im Juni 2011

Im Juni 2011 erfolgten zwei Nachweise von ESBL-bildenden Klebsiellen. Zunächst bei dem am 30. März 2011 geborenen Kind Nr. 12 aufgrund eines Abstriches vom 17. Juni 2011. Das Kind lag zu diesem Zeitpunkt auf der Station 4028; zuvor war es bis zum 7. April 2011 auf der Station 4027 behandelt worden.[58] Aufgrund eines Abstriches vom 27. Juni 2011 erfolgte der Keimnachweis bei dem am 21. Juni 2011 geborenen Kind Nr. 13. Das Kind hatte ein Geburtsgewicht von 620 g und starb am 25. Juli 2011 an einer Hirnblutung. Es wurde zum Zeitpunkt des Abstriches auf der Station 4027 behandelt. Das Kind war mit dem Keim lediglich besiedelt.[59]

3.3.2. ESBL-bildende Klebsiellen im Juli 2011

Auch im Juli 2011 erfolgten zwei Nachweise von ESBL-bildenden Klebsiellen. Bei Kind Nr. 14, geboren am 30. März 2011, erfolgte der Keimnachweis aufgrund eines Abstriches vom 6. Juli 2011. Das Kind war am Tag nach seiner Geburt auf der Station 4028 aufgenommen worden. Zum Zeitpunkt des Abstriches befand es sich auf der Station 3911.[60] Kind Nr. 15 wurde am 15. Juli 2011 geboren, der Keimnachweis erfolgte durch einen Abstrich vom 22. Juli 2011.[61] Das Kind befand sich zu diesem Zeitpunkt auf der Station 4027. Beide Kinder aus Juli 2011 waren lediglich mit den Keimen besiedelt. Kind Nr. 15 ist der erste Fall der betroffenen Kinder aus dem Jahr 2011, für den nachträglich die Zugehörigkeit zum Ausbruchsstamm bestätigt werden konnte.

3.3.3. ESBL-bildende Klebsiellen im August 2011

---

[57] Neonatologie, Übersicht ESBL-Patienten, Band 9, S. 126 ff.
[58] Neonatologie, Übersicht ESBL-Patienten, Band 9, S. 126 ff.
[59] Schreiben von Frau Wendorff an den Ausschuss vom 12. Oktober 2012.
[60] Neonatologie, Übersicht ESBL-Patienten, Band 9, S. 126 ff.
[61] Neonatologie, Übersicht ESBL-Patienten, Band 9, S. 126 ff.

Im August 2011 wurden bei drei Kindern ESBL-bildende Klebsiellen nachgewiesen, die später dem Ausbruchsstamm zugeordnet werden konnten. Zwei dieser Kinder verstarben an einer Sepsis. Kind Nr. 16 kam am 31. Juli 2011 mit einem Geburtsgewicht von 986 g zur Welt. Das Kind wurde auf der Station 4027 versorgt. Bei einem Abstrich vom 7. August 2011 wurden ESBL-bildende Klebsiellen nachgewiesen. Das Kind verstarb am 8. August 2011 an einem septischen Schock, verursacht durch Klebsiella pneumoniae.[62] Kind Nr. 17 wurde bereits am 21. November 2010 geboren und befand sich auf der Station 3911. Bei einem Abstrich am 12. August 2011 wurde eine Keim-Besiedelung festgestellt. Das Kind wurde später auch auf den Stationen 4027 und 4028 behandelt.[63] Kind Nr. 18 kam am 20. August 2011 mit einem Geburtsgewicht von 1.111 g zur Welt. Bereits am 30. August 2011 wurde eine Sepsis nachgewiesen, verursacht durch ESBL-bildende Klebsiella pneumoniae. Das Kind wurde auf der Station 4027 behandelt. Es starb am 27. Oktober 2011 an Multiorganversagen wegen einer Sepsis.[64]

3.3.4. ESBL-bildende Klebsiellen im September 2011

In der ersten Septemberwoche erkrankten zwei Kinder an einer Sepsis, verursacht durch ESBL-bildende Klebsiellen des Ausbruchsstammes. Kind Nr. 19 wurde seit seiner Geburt am 26. Juli 2011 auf Station 4027 behandelt. Der Keim wurde bei der Untersuchung eines Abstriches vom 2. September 2011 entdeckt, der Befund wurde der Station mit Fax vom 7. September 2011 mitgeteilt.[65] Auch Kind Nr. 20, geboren am 1. September 2011, wurde zum Zeitpunkt des Abstrichs am 7. September 2011 auf der Station 4027 behandelt.[66]

Noch bevor der Befund von Kind Nr. 20 auf der Station vorlag, unterrichtete am 7. September 2011 Frau Dr. Runde, Oberärztin der Station 4027, die Hygienefachkraft des Klinkums Bremen-Mitte, Frau Mietzner, über das gehäufte Auftreten von ESBL-bildenden Klebsiellen bei vier Patienten.[67] Daraufhin wurde eine Umgebungsuntersuchung durchgeführt, und es wurden Wasserproben entnommen. In

---

[62] Neonatologie, Übersicht ESBL-Patienten, Band 9, S. 126 ff.; Krankenakte Kind Nr. 16, Band 24, S. 543 ff.

[63] Neonatologie, Übersicht ESBL-Patienten, Band 9, S. 126 ff.

[64] Neonatologie, Übersicht ESBL-Patienten, Band 9, S. 126 ff.; Autopsiebericht Kind Nr. 18 vom 15. November 2011, Band 17, S. 101 f.

[65] Laborbefund vom 7. September 2011, Band 56, S. 154.

[66] Laborbefund vom 9. September 2011, Band 56, S. 152.

[67] Aktennotiz Nr. 1 vom 8. September 2011, Band 3, S. 277.

einer E-Mail an den damaligen Leiter der Klinik, Herrn Professor Dr. Huppertz, vom gleichen Tage gab Frau Mietzner diese Informationen weiter und kündigte an, Frau Dr. Runde werde das Gesundheitsamt informieren. Herr Professor Dr. Huppertz antwortete am folgenden Tag: „…bitte klare definitorische Abgrenzung: wir haben eine Häufung, keinen Ausbruch; das Gesundheitsamt wird verständigt, wenn wir einen Ausbruchsverdacht haben; das ist meiner Ansicht nach bisher nicht der Fall.“[68] Frau Dr. Runde benachrichtigte dennoch telefonisch das Gesundheitsamt Bremen. Einem Protokoll des Klinikums Bremen-Mitte zufolge erfolgte dieser Anruf noch am gleichen Tage.[69] Herr Dr. Wunderle bestätigte bei seiner Anhörung vor dem Untersuchungsausschuss seinen Vermerk vom 13. September 2011[70], demzufolge er erst am 8. September 2011 informiert worden sei.[71] Herr Dr. Wunderle notierte damals, dass es für das Gesundheitsamt keinen weiteren Handlungsbedarf gebe. Am 13. September 2011 telefonierte Herr Dr. Wunderle mit dem Oberarzt Herrn Dr. Selzer. Dieser führte aus, es habe in den letzten fünf Wochen fünf Fälle gegeben; das erste Kind sei an der ESBL-Infektion verstorben. Seit dem 8. September 2011 seien keine neuen Fälle aufgetreten. Herr Dr. Wunderle ließ sich zudem am 14. September 2011 telefonisch von Herrn Dr. Kappler, dem damaligen Leiter des Institutes für Allgemeine Hygiene, Krankenhaus- und Umwelthygiene, das Ergebnis der Umgebungsuntersuchungen berichten.[72]

3.3.5. ESBL-bildende Klebsiellen im Oktober 2011

Zwischen dem 12. und 31. Oktober 2011 wurde dann bei weiteren zehn Kindern (Nr. 21 bis 30) der Ausbruchsstamm festgestellt. Bis auf das Kind Nr. 23 befanden sich alle Kinder bei der Abnahme des positiven Abstriches auf der Station 4027, das Kind Nr. 23 war erst einen Tag vor dem Abstrich von dieser auf die Station 3911 verlegt worden. Die Kinder Nr. 23, 24, 26, 28, 29 und 30 waren von dem Keim lediglich besiedelt. Die Kinder Nr. 21, 22, 25 und 27 erkrankten. Das am 9. Oktober 2011 mit einem Geburtsgewicht von 941 g geborene Kind Nr. 22 verstarb am 16. Oktober 2011 auf der Station 4028 an einem septischen Schock.[73]

---

[68] Stationsbelegung und Pflegebesetzung 4027/4028 1. Juli bis 1. November 2011, Band 9, S. 72a.
[69] Protokoll Nr. 2 des Klinikums Bremen Mitte vom 12. September 2011, Band 8, S. 5.
[70] Vermerk von Herrn Dr. Wunderle, 13. September 2011, Band 8, S. 9.
[71] Herr Dr. Wunderle, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 12/1514.
[72] Vermerk von Herrn Dr. Wunderle, 13. September 2011, Band 8, S. 10.
[73] Neonatologie, Übersicht ESBL-Patienten, Band 9, S. 126 ff.

Auf einer Abteilungsleiterbesprechung des Gesundheitsamtes vom 17. Oktober 2011, an der auch der seinerzeit noch kommissarische Leiter des Gesundheitsamtes, Herr Zimmermann, teilnahm, berichtete Herr Dr. Wunderle, dass auf der Neonatologie des Klinikums Bremen-Mitte „mehrere gegen Antibiotika resistente Keime“ festgestellt worden und mehrere Kinder erkrankt seien.[74] Unter dem 17. Oktober 2011 berichtete Herr Dr. Kappler den Hygienekräften des Klinikums Bremen-Mitte über eine vom Nationalen Referenzzentrum vorgenommene Typisierung der Isolate von den Kindern Nr. 15, 16, 18, 19 und 20 und der Proben von einer Windelwaage, einem Schnuller, einem Kanülenabwurf und einer Handprobe. Die Stämme wurden jeweils als Klebsiella pneumoniae (ESBL) identifiziert. Herr Dr. Kappler kam zu dem Ergebnis, dass alle Isolate Teil eines gemeinsamen Ausbruchs seien.[75] Am 18. Oktober 2011 fand eine Begehung der Station 4027 mit Mitarbeitern des Klinikums Bremen-Mitte und des Gesundheitsamtes statt.[76] Am 27. Oktober 2011 wurde das Gesundheitsamt davon unterrichtet, dass weitere Frühgeborenen betroffen seien. Das Klinikum Bremen-Mitte verhängte einen Aufnahmestopp für sechs Stunden und die Station wurde in drei Kohorten unterteilt: 1. Zimmer: infizierte und daher isolierte Kinder, 2. Zimmer: Kinder mit Verdacht auf Besiedelung, 3. Zimmer (nach Grundreinigung): Kinder ohne Befund.[77] Am 28. Oktober 2011 fand eine weitere Begehung durch das Gesundheitsamt statt.[78]

Die Pressesprecherin der Gesundheit Nord, Frau Matiszick, wurde nach ihrer Erinnerung Anfang oder Mitte Oktober 2011 durch die Pflegerische Geschäftsführerin des Klinikums Bremen-Mitte, Frau Wendorff, über den Keimausbruch informiert, ein Kind sei an den Folgen gestorben. In einem weiteren Gespräch sei sie von der damaligen Ärztlichen Geschäftsführerin, Frau Dr. Kuss, über einen weiteren Todesfall unterrichtet worden. In ihrer Stellungnahme gibt Frau Matiszick an, dass sie „wegen der Vielzahl der Telefonate in den letzten Monaten“ nicht mehr wisse, wann dieses Telefonat genau stattgefunden habe. Über Details sei sie nicht informiert worden, das tatsächliche Ausmaß des Keimausbruches habe sie erst am 1. November 2011 erfahren. Den damaligen Geschäftsführer der Gesundheit Nord, Herrn Dr. Hansen, habe sie über die ihr bekannten Probleme kurz nach dem ersten Telefonat mit Frau

---

[74] Protokoll der Abteilungsleiterbesprechung vom 17. Oktober 2011, Band 8, S. 11 f.

[75] Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene, DNA-Typisierung: Klebsiella pneumoniae (ESBL), 17. Oktober 2011, Band 21, S. 111 f.

[76] Protokoll der Begehung am 18. Oktober 2011, Band 1, S. 101.

[77] Gesundheit Nord, Protokoll einer Besprechung vom 1. November 2011, Band 21, S. 114.

[78] Vermerk ohne Datum von Frau Dr. Offenhäuser, Band 8, S. 34; Protokoll einer Besprechung im Klinikum Bremen-Mitte vom 28. Oktober 2011, Band 1, S. 107.

Wendorff unterrichtet, um sich darüber abzustimmen, wie auf mögliche Presseanfragen zu reagieren sei. Sie habe dabei Herrn Dr. Hansen darüber informiert, „dass es wohl Probleme mit Keimen auf der neonatologischen Station gegeben habe und dass offenbar ein Kind nachweislich an diesen Keimen gestorben sei.“[79] Diese Angaben stehen im Gegensatz dazu, dass Herr Dr. Hansen gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss angegeben hat, er habe erst am 27. Oktober 2011 von dem Keimproblem auf der neonatologischen Station erfahren. Ihm sei im Oktober lediglich ein singulärer Todesfall, aber kein Keimproblem im Sinne eines Ausbruchs gemeldet worden.[80]

Bei einer Abteilungsleitungs-Besprechung im Gesundheitsamt am 31. Oktober 2011 berichtete der Abteilungsleiter Gesundheit und Umwelt, Herr Dr. Dullin, über eine Zuspitzung der Situation in der Neonatologie im Klinikum Bremen-Mitte. Drei Kinder seien dort gestorben.[81]

3.3.6. ESBL-bildende Klebsiellen im November 2011

Am Morgen des 1. November 2011 unterrichtete Herr Dr. Wunderle den Infektionsschutzreferenten der Gesundheitsabteilung der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit, Herrn Christelsohn, von dem Ausbruchsgeschehen.[82] Dieser gab die Nachricht an seine Vorgesetzten Herrn Dr. Götz und Herrn Dr. Gruhl weiter. Herr Dr. Gruhl informierte noch am gleichen Tage Herrn Staatsrat Dr. Schuster.[83] Dieser schließlich unterrichtete Frau Senatorin Jürgens-Pieper.[84] Von der senatorischen Behörde wurde an diesem Tag das Robert Koch-Institut eingeschaltet.[85] Am Nachmittag des 1. November 2011 fand im Klinikum Bremen-Mitte eine Besprechung mit Vertretern der senatorischen Behörde und des Gesundheitsamtes statt.[86]

---

[79] Stellungnahme von Frau Matiszick zur Information über den ESBL-Keimausbruch am Klinikum Bremen-Mitte vom 23. Juli 2012.

[80] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1238.

[81] Protokoll der Abteilungsleitungs-Besprechung vom 31. Oktober 2011, Band 8, S. 36.

[82] Interner Vermerk von Herrn Christelsohn, 1. November 2011, Band 8, S. 46.

[83] Herr Dr. Gruhl, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 14/1893.

[84] Frau Götz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 11/1284.

[85] Herr Christelsohn, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 14/1828.

[86] Gesundheit Nord, Protokoll einer Besprechung im Klinikum Bremen-Mitte vom 1. November 2011, Band 21, S. 114.

Am 2. November 2011 erließ die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit gegenüber dem Klinikum Bremen-Mitte eine Anordnung von Schutzmaßnahmen nach § 28 Infektionsschutzgesetz[87]. Es wurden ein Aufnahmestopp für die Station 4027 verhängt und besondere Schutzmaßnahmen angeordnet. Zudem wurde die Klinik verpflichtet, ein Personalscreening durchzuführen.[88] Mit einem Änderungs- und Ergänzungsbescheid vom 7. November 2011 wurden die getroffenen Schutzmaßnahmen präzisiert bzw. den neueren Erkenntnissen angepasst.[89] Bereits am Nachmittag des 2. November 2011 nahmen Mitarbeiter des Robert Koch-Institutes am Klinikum Bremen-Mitte ihre Arbeit auf.[90] Ab dem 3. November 2011 fand täglich ein Fachgespräch („Umsetzungsrunde“) unter Beteiligung von Mitarbeitern des Klinikums Bremen Mitte, des Gesundheitsamtes und der senatorischen Behörde statt.[91]

Ebenfalls am 2. November 2011 fand eine Pressekonferenz statt, an der u. a. Herr Staatsrat Dr. Schuster teilnahm. Der Beginn dieser Pressekonferenz verzögerte sich, da parallel die staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen aufgenommen wurden.[92] Die Staatsanwaltschaft Bremen ermittelt zwischenzeitlich gegen den ehemaligen Chefarzt der Professor-Hess-Kinderklinik wegen fahrlässiger Tötung bzw. fahrlässiger Körperverletzung zum Nachteil der Kinder Nr. 6, 8 bis 33 und 35. Zudem wurden sechs weitere Kinder als mögliche Geschädigte in die Ermittlungen einbezogen, bei denen jedoch keine ESBL-Klebsiellen nachgewiesen wurden.[93] Die Ermittlungen der Staatsanwaltschaft Bremen sind noch nicht abgeschlossen.

Am 4. November 2011 bildete die Geschäftsführung der Gesundheit Nord einen Krisenstab, der sich aus Mitarbeitern der Gesundheit Nord und des Klinikums Bremen-Mitte zusammensetzte.[94]

Bis zum 7. November 2011 wurde die Station 4027 geräumt, die Kinder wurden in die Professor-Hess-Kinderklinik verlegt und dort kohortiert. Die ESBL-infizierten und -kolonisierten Kinder wurden auf der Station 11 aufgenommen, zudem die Kinder, die

---

[87] Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622) geändert worden ist.

[88] Bescheid der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit vom 2. November 2011, Band 21, S. 117.

[89] Bescheid der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit vom 7. November 2011, Band 21, S. 120.

[90] Ergebnisprotokoll Gespräch vom 2. November 2011, Band 2, S. 29.

[91] Ergebnisprotokoll des Fachgesprächs vom 3. November 2011, Band 3, S. 111.

[92] Herr Picard, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 7/928 ff.; Frau Götz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 11/1286 f.

[93] Staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakten, Bände 168 bis 172.

[94] E-Mail Frau Matiszick, 4. November 2011, Band 200, S. 227.

Kontakt zu ESBL-positiven Kindern gehabt hatten. Kinder, die mindestens zweimal negativ getestet worden waren, wurden auf die Station 4 verlegt.[95] In der Umsetzungsrunde vom 8. November 2011 wurden erstmals positive ESBL-Keimnachweise bei Frühgeborenen vor dem 22. Juli 2011 diskutiert.[96]

Zwischenzeitlich waren weitere sechs Kinder auf verschiedenen Stationen des Klinikums Bremen-Mitte von dem Keimausbruch mit dem Ausbruchsstamm betroffen. Die Kinder Nr. 31 und 32 befanden sich zum Zeitpunkt der Abnahme des positiven Abstriches am 4. bzw. 5. November 2011 auf der Station 4028.[97] Am 10. bzw. 14. November 2011 wurden bei den Kindern Nr. 33 und 35 Abstriche mit dem Ausbruchsstamm genommen. Die Kinder lagen zu diesem Zeitpunkt auf der Station für Kinderchirurgie, 3911.[98] Auf der pädiatrischen Station 14 erfolgten am 28. bzw. 30. November 2011 jeweils positive Abstriche der Kinder Nr. 37 und 38.[99] Alle Kinder waren von dem Keim lediglich besiedelt. Parallel wurden bei zwei Kindern (Nr. 34 und 36) aus der Pädiatrie (Stationen 3801 und 3804) am 13. bzw. 24. November 2011 ESBL-bildende Klebsiella pneumoniae festgestellt, die nicht dem Ausbruchsstamm zuzuordnen waren.[100]

Am 10. November 2011 trat Herr Professor Dr. Huppertz von seiner Funktion als für die Hygiene verantwortlicher stellvertretender Ärztlicher Direktor zurück.[101] Mit Schreiben vom 15. November 2011 kündigte das Klinikum Bremen-Mitte das Arbeitsverhältnis mit Herrn Professor Dr. Huppertz fristlos, hilfsweise fristgemäß zum 30. Juni 2012. Der Kündigung vorausgegangen war eine Weisung der alleinigen Gesellschafterin des Klinikums Bremen-Mitte vom gleichen Tage. Die Geschäftsführer der Gesundheit Nord hatten beschlossen, das Klinikum Bremen-Mitte anzuweisen, Herrn Professor Dr. Huppertz fristlos zu kündigen. Die Weisung erfolgte dann mit Schreiben von Herrn Dr. Hansen und der Prokuristin Frau Dr. Heidelk. Die Aufsichtsratsvorsitzende der Gesundheit Nord wurde hierüber nicht vorab informiert. Der Aufsichtsrat wurde in einer Sondersitzung am 16. November 2011 informiert.[102] Mit Urteil vom 23. Mai 2012 hat

---

[95] Vermerk Herr Dr. Wunderle, 7. November 2011, Band 8, S. 107 f.

[96] Protokoll Umsetzungsrunde vom 8. November 2011, Band 8, S. 110.

[97] Neonatologie, Übersicht ESBL-Patienten, Band 9, S. 126 ff.

[98] Übersicht Mikrobiologie 1. Januar bis 31. Dezember 2011, Band 68, S. 15 ff.

[99] Übersicht Mikrobiologie 1. Januar bis 31. Dezember 2011, Band 68, S. 28 f.

[100] Übersicht Mikrobiologie 1. Januar bis 31. Dezember 2011, Band 68, S. 25 ff.; Nationales Referenzzentrum für gramnegative Krankenhauserreger, Typisierung von Isolaten mittels Pulsfeldgelelekrophorese, 20. Februar 2012, Band 111, S. 2 ff.

[101] E-Mail im Auftrag von Herrn Professor Dr. Huppertz, 10. November 2011, Band 8, S. 121.

[102] Gesellschafterbeschluss der Klinikum Bremen-Mitte gGmbH vom 15. November 2011, Band 200, S. 353.

das Arbeitsgericht Bremen-Bremerhaven (Aktenzeichen: 2 Ca 2565/11) festgestellt, dass das Arbeitsverhältnis zwischen Herrn Professor Dr. Huppertz und dem Klinikum Bremen-Mitte durch die Kündigungen vom 15. November 2011, 22. November 2011, 29. November 2011 und / oder 12. Dezember 2011 nicht beendet worden ist. Das Urteil ist rechtskräftig.

Am 15. November 2011 beauftragte der Präsident des Bremer Senats Herrn Staatsrat Professor Stauch, einen Bericht zu dem Ausbruch ESBL-bildender Klebsiella pneumoniae im Zentrum für Kinderheilkunde im Klinikum Bremen-Mitte zu erstellen. Der Bericht lag am 20. Dezember 2011 vor.[103]

Am 23. und 24. November 2011 fand im Auftrag der Gesundheit Nord eine Visitation des Bereiches der neonatologischen Intensivmedizin am Klinikum Bremen-Mitte durch Herrn Dr. Schulz-Stübner und Herrn Dr. Weißgerber vom Deutschen Beratungszentrum für Hygiene Freiburg statt.[104] Ziel war die Analyse von Schwachstellen im Hygienemanagement des Klinikums Bremen-Mitte sowie die Erstellung eines Maßnahmenkatalogs zur kontinuierlichen Verbesserung unter Berücksichtigung der Implikationen für das Klinikum Bremen-Mitte und die Gesundheit Nord.[105]

Ende November 2011 erstattete das Robert Koch-Institut einen Zwischenbericht.[106] Ein abschließender Bericht des Robert Koch-Institutes steht noch aus.

Noch im November entwickelte die Gesundheit Nord einen 10-Punkte-Maßnahmenplan, der auf den Empfehlungen des Robert Koch-Institutes und des Freiburger Hygieneinstitutes beruhte[107] und am 14. Dezember 2011 dem Aufsichtsrat vorgestellt wurde.[108] Dieser beinhaltete die Etablierung eines EDV-gestützten Frühwarnsystems für Keimbefunde, bauliche Veränderungen auf der Station, eine Reduzierung der Bettenzahl von 16 auf 14 Betten, die direkte Zuordnung des

---

[103] Herr Staatsrat Professor Stauch, Bericht, Ausbruch von ESBL bildenden Klebsiella pneumoniae im Zentrum für Kinderheilkunde, Klinik Bremen-Mitte im Jahr 2011, Bremen, den 20. Dezember 2011, Band 50.

[104] Zusammenfassender Bericht: Visitation Klinikum Bremen-Mitte, Deutsches Beratungszentrum für Hygiene, Band 22.

[105] Zusammenfassender Bericht: Visitation Klinikum Bremen-Mitte, Deutsches Beratungszentrum für Hygiene, Band 22, S. 2

[106] Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16.

[107] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1106; Internetauftritt der Gesundheit Nord. http://www.gesundheitnord.de/1366.html, Einsichtnahme am 7. November 2012.

[108] Aufsichtsratsprotokoll vom 14. Dezember 2011, Band 60, S. 101 ff.

medizinischen Materials zum jeweiligen Behandlungsplatz / Bett, eine Erhöhung der Zahl der Hygienebeauftragten und -fachkräfte, bessere Kontrolle durch Hygienevisiten, Schulungen, ein Patientenscreening, eine neue Leitungsstruktur in der Kinderklinik und das Thema Qualitätssicherung sollte in der Gesundheit Nord zur Chefsache werden.

3.3.7. ESBL-bildende Klebsiellen im Dezember 2011

Am 1. Dezember 2011 wurde das Kind Nr. 39 positiv auf den Ausbruchsstamm getestet. Es befand sich in der Kinderklinik, Station 22.[109] Drei Wochen später wurde bei einem Abstrich vom 23. Dezember 2011 das Kind Nr. 40 von der Station 3804 positiv auf den Ausbruchsstamm getestet.[110] Beide Kinder wiesen lediglich eine Besiedelung auf.

3.4. ESBL-bildende Klebsiellen im 2012

3.4.1. ESBL-bildende Klebsiellen im Januar 2012

Am 6. Januar 2012 wurde die Station 4027 wieder in Betrieb genommen und am 9. Januar 2012 wiedereröffnet.[111] Zuvor hatte die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit ihre Bescheide vom 2. und 7. November 2011 aufgehoben.[112] Die Station war geräumt und grundlegend renoviert worden,[113] nachdem sowohl das Robert Koch-Institut[114] als auch das Deutsche Beratungszentrum für Hygiene[115] Veränderungen gefordert hatten. Herr Dr. Kappler erklärte in einer E-Mail vom 5. Januar 2012, die Station 4027 könne aus hygienischer Sicht wieder in Betrieb genommen werden.[116] Das Gesundheitsamt gab durch Herrn Dr. Wunderle die Station mit einer E-Mail vom gleichen Tage zur Eröffnung frei.[117] Die ärztliche Leitung der Station übernahm Herr Dr. Körner.[118]

---

[109] Übersicht Mikrobiologie 1. Januar bis 31. Dezember 2011, Band 68, S. 34.

[110] Laborbefund vom 25. Dezember 2011, Band 91, S. 83.

[111] Protokoll Umsetzungsrunde vom 22. Dezember 2011, Band 100, S. 39.

[112] Bescheid der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit vom Januar 2011, Band 100, S. 270 f.

[113] Vgl. Schreiben der Pflegerischen Geschäftsführerin vom 20. April 2012, dem Ausschuss übersandt mit Schreiben der Senatskanzlei vom 3. Mai 2012, Band 197, S. 7 f.

[114] Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 28.

[115] Visitiationsbericht des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene vom 8. Dezember 2011, Band 22, S. 57 ff.

[116] E-Mail Herr Dr. Kappler vom 5. Januar 2012, Band 99, S. 85.

[117] E-Mail Herr Dr. Wunderle vom 5. Januar 2012, Band 99, S. 87.

[118] Herr Dr. Körner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 9/1020.

Im Januar 2012 wurde bei einem Geschwisterkind (Nr. 41) von Kind Nr. 4, das bereits 2009 von dem Ausbruchsstamm betroffen war, „reichlich“ ESBL Klebsiella pneumoniae festgestellt. Es handelte sich allerdings nicht um den Ausbruchsstamm. Das Kind lag zum Zeitpunkt der Entnahme des positiven Abstriches auf der Station 3804; es war zuvor jedoch bis Juli 2011 auch auf der Station 4027 behandelt worden und hatte dort auch Besuch - möglicherweise des 2009 betroffenen Geschwisterkindes - empfangen können.[119]

3.4.2. ESBL-bildende Klebsiellen im Februar 2012

Nach der Neueröffnung kam es erneut zu einem Auftreten des Ausbruchsstammes auf der Station 4027. Bei Abstrichen vom 21. bzw. 22. Februar 2012 wurde der Keim bei den Kindern Nr. 42, 43 und 44 festgestellt. Die drei Kinder waren im Februar 2012 geboren und lagen in zwei unterschiedlichen Zimmern.[120] Am Nachmittag des 23. Februar 2012 erfolgte eine Besprechung mit Mitarbeitern des Klinikums Bremen-Mitte, des Gesundheitsamtes, des Freiburger Hygieneinstitutes und Herrn Dr. Hansen.[121] Es erfolgte zunächst eine Kohortierung der Kinder auf der Station.

Unter dem 24. Februar 2012 erließ das Stadtamt Bremen gegen das Klinikum Bremen-Mitte eine Anordnung nach § 28 Infektionsschutzgesetz. Es wurden ein Aufnahmestopp für die Station 4027 und weitere Schutzmaßnahmen verfügt.[122]

Am 28. Februar 2012 verstarben zwei Frühchen. Kind Nr. 45 war am 24. Februar 2012 mit einem Geburtsgewicht von 498 g auf die Welt gekommen.[123] Nach einem zunächst guten Verlauf geriet das Kind am 27. Februar 2012 relativ schnell in einen sehr schlechten gesundheitlichen Zustand. Dem Kind wurde post mortem eine Blutkultur entnommen, in der relativ schnell Klebsiellen des Ausbruchsstammes wuchsen. Herr Dr. Körner äußerte bei seiner Vernehmung durch den parlamentarischen Untersuchungsausschuss die Einschätzung, eine Blutvergiftung durch die ESBL-

---

[119] Laborbefund vom 26. Januar 2012, Band 94, S. 125; E-Mail Herr Dr. Wunderle vom 27. Februar 2012, Band 100, S. 319; Nationales Referenzzentrum für gramnegative Krankenhauserreger, Typisierung von Isolaten mittels Pulsfeldgelelekrophorese, 20. Februar 2012, Band 111, S. 2 ff.

[120] Vermerk Herr Dr. Wunderle vom 23. Februar 2012, Band 100, S. 306.

[121] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1108.

[122] Bescheid des Stadtamtes Bremen vom 24. Februar 2012, Band 100, S. 309.

[123] Protokoll der Begehung vom 2. März 2012, Band 186, S. 24.

Klebsiellen habe mit zum Tode geführt.[124] In einem Schreiben, datierend vom 19. September 2012, teilte Herr Dr. Marg hinsichtlich dieses und des Weiteren im Februar 2012 verstorbenen Kindes mit:

„Zwei Kinder waren ohne Zusammenhang mit den Klebsiellen verstorben.“[125]

Kind Nr. 46 kam am 25. Februar 2012 mit einem Notfallkaiserschnitt zur Welt. Das Kind hatte schon im Mutterleib erhebliche Probleme und war nach der Entbindung in einem sehr schlechten Zustand. Es ließ sich durch Reanimation zunächst stabilisieren, aber nur für sehr kurze Zeit. Nach Einschätzung von Herrn Dr. Körner verstarb das Kind im Rahmen eines Multiorganversagens infolge schwerster Vorschädigung. Bei diesem Kind wurden Klebsiellen des Ausbruchsstammes auf der Haut nachgewiesen; in Blutkulturen und Trachealsekret fand kein Keimwachstum statt. Das Kind war daher nach der Einschätzung von Herrn Dr. Körner besiedelt, ist aber nicht an dem Keim gestorben.[126] Die Station wurde nach den Keimfunden erneut geräumt. Die Kinder wurden auf die Station 3911 der Professor-Hess-Kinderklinik verlegt.[127]

Im Rahmen der Suche nach einer Erklärung für das erneute Auftreten des Keims wurden durch Herr Dr. Kappler nach eigenen Angaben weitere ältere Klebsiellenproben in seinem Institut aus dem Jahre 2009 „gefunden“. Es handelte sich um Proben des Kindes Nr. 4. Nach der Typisierung durch das Nationale Referenzzentrum wurde zu diesem Zeitpunkt klar, dass bereits 2009 der Ausbruchsstamm in der Neonatologie aufgetreten war.[128]

Herr Dr. Kappler wurde Ende Februar durch die Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte von seinen Aufgaben freigestellt.[129]

Am 29. Februar 2012 stellte Frau Senatorin Jürgens-Pieper Herrn Dr. Hansen von seinen Aufgaben frei.[130] Eine schriftliche Erklärung zu dieser Freistellung erfolgte gegenüber Herrn Dr. Hansen nicht. Eine Kündigung wurde nicht ausgesprochen.[131]

---

[124] Herr Dr. Körner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 9/1068.
[125] Schreiben von Herrn Dr. Marg vom 19. September 2012 an Frau Dernedde, Band 208, S. 7.
[126] Herr Dr. Körner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 9/1069 f.
[127] Herr Dr. Körner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 9/1026.
[128] E-Mail Herr Dr. Wunderle vom 27. Februar 2011, Band 100, S. 319.
[129] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1163.

Im Februar 2012 erfolgte zudem eine Auditierung des Reinigungsdienstes im Klinkum Bremen-Mitte durch einen Mitarbeiter des Freiburger Hygieneinstitutes. Dieser stellte Reinigungsmängel fest und übersandte seinen Bericht am 20. Februar 2012 an Vertreter der Gesundheit Nord und der Gesundheit Nord Dienstleistungen.[132]

3.4.3. ESBL-bildende Klebsiellen im Mai 2012

Am 10. Mai 2012 wurde bei Kind Nr. 47 eine Kolonisation mit ESBL-Klebsiella pneumoniae festgestellt. Eine Typisierung ergab, dass es sich um den Ausbruchsstamm handelte.[133] Zu diesem Zeitpunkt wurden alle Kinder der Neonatologie einmal wöchentlich gescreent.[134] Das Kind war am 7. Mai 2012 in das Klinikum Bremen-Mitte auf die Station 4028 verlegt worden, nachdem es zuvor über sieben Wochen im Klinikum Links der Weser behandelt worden war. Dort hatten Patientenscreenings keinen Keimnachweis erbracht. Auch die Aufnahmeuntersuchung am 7. Mai 2012 war negativ. Bei der Kontrolluntersuchung am 10. Mai 2012 wurde der Erreger erstmalig in geringer Keimzahl nachgewiesen. In der folgenden Untersuchung wenige Tage später wurde der Keim massenhaft nachgewiesen. Am 14. Mai 2012 fand eine Begehung durch das Gesundheitsamt statt. Die Kinder der Station wurden kohortiert, und es wurde eine getrennte Pflege eingerichtet.[135]

Am 18. Mai 2012 erließ das Gesundheitsamt gestützt auf § 25 des Infektionsschutzgesetzes gegenüber etwa 50 Personen eine Verfügung zur Durchführung eines Personalscreenings.[136]

Eine zusammenfassende Chronologie des Ausbruchsgeschehens ist diesem Bericht als **Anlage 4** beigefügt.

---

[130] Weser-Kurier vom 29. Februar 2012.
[131] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1255.
[132] E-Mail Herr Weber vom 20. Februar 2012, Band 188, S. 291 ff.
[133] Vermerk Dr. Wunderle vom 22. Mai 2012, Band 194, S. 14.
[134] Vermerk Dr. Wunderle vom 22. Mai 2012, Band 194, S. 14.
[135] Vermerk Dr. Wunderle vom 22. Mai 2012, Band 194, S. 12 f.
[136] E-Mail Herr Dr. Wunderle vom 18. Mai 2012, Band 194, S. 2 ff.

4. Medizinischer Hintergrund

Eine nosokomiale Infektion ist nach der gesetzlichen Definition des § 2 Nr. 8 Infektionsschutzgesetzes eine „Infektion mit lokalen oder systemischen Infektionszeichen als Reaktion auf das Vorhandensein von Erregern oder ihrer Toxine, die im zeitlichen Zusammenhang mit einer stationären oder einer ambulanten medizinischen Maßnahme steht, soweit die Infektion nicht bereits vorher bestand“. Zu den nosokomialen Infektionen zählen insbesondere Krankenhausinfektionen. In Deutschland erkranken schätzungsweise jährlich 400.000 bis 600.000 Personen an Krankenhausinfektionen, 7.500 bis 15.000 Personen sterben daran.[137] Die Zahl der Krankenhausinfektionen wird voraussichtlich auch weiterhin hoch sein. Ein Grund dafür ist auch die mangelnde Aufmerksamkeit, die der Krankenhaushygiene in der medizinischen Ausbildung zuteilwird. So gab Herr Dr. Schulte-Sasse gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss an, von etwa 36 medizinischen Fakultäten in Deutschland verfügten nur noch elf über Lehrstühle für Krankenhaushygiene und Umweltmedizin. An medizinischen Fakultäten würden seit einigen Jahren systematisch Lehrstühle abgebaut, zuletzt in Göttingen.[138] Diese Schließung von Instituten sei auch ein Grund für den Mangel an ärztlichen Krankenhaushygienikern.[139] Auch die Ausbildung angehender Mediziner in Hygienefragen sei absolut unzureichend. Medizinstudenten an deutschen Universitäten hätten teilweise während ihres gesamten Studiums nur zwei Stunden Klinikausbildungskapazität.[140]

Die Zahl multiresistenter Erreger, gegen die Antibiotika kaum noch helfen, nimmt zu. Sie stellen die Medizin vor immer größere therapeutische Herausforderungen, weil es immer weniger Therapieoptionen gibt und Erreger praktisch unbehandelbar werden.[141]

Multiresistente Keime entwickeln sich insbesondere in Krankenhäusern, weil hier einerseits von außen ständig neue Erreger eingetragen werden und andererseits Patienten je nach ihrer Erkrankung mit Antibiotika behandelt werden müssen. In einem

---

[137] Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze vom 22. März 2011, BT-Drs. 17/5178, S. 1.

Herr Professor Dr. Eikmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/92.

[138] Herr Dr. Schulte Sasse, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme 33/4909.

[139] Herr Dr. Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 33/4909.

[140] Herr Dr. Schulte Sasse, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme 33/4910.

[141] Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze vom 22. März 2011, BT-Drs. 17/5178, S. 1.

derartigen Biotop können die Erreger gut verschiedenste Resistenzen ausbilden.[142] Aber nicht nur der Einsatz von Antibiotika in der humanmedizinischen Therapie führt zur Entstehung von multiresistenten Keimen, auch der übermäßige Einsatz von Antibiotika in der Tiermast ist als ein wesentliches Reservoir für multiresistente Mikroorganismen, durch das Gefahren für die Bevölkerung erwachsen, einzustufen.[143] Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, wird ein restriktiver und sehr gezielter Einsatz von Antibiotika empfohlen.[144]

Herr Dr. Marg führte zu dieser Thematik vor dem Ausschuss folgendes aus:

> *„ … Wir befinden uns aber in einem Dilemma. Sie retten natürlich mit Antibiotika Leben, insbesondere bei Frühgeborenen. Das Dilemma ist gleichzeitig, dass die Bakterien tatsächlich nicht durch die Erfindung eines neuen Antibiotikums aufhören zu existieren, das ist der naive Glaube. Da bin ich Bürger wie Sie. Ich würde sagen, die vermehrte Anwendung von Antibiotika in der Tierzucht ist übel. Da ist meines Erachtens ein Hauptgrund dafür, dass sich die Resistenzen entwickeln. Wir wissen, dass die freie Zugänglichkeit zu Antibiotika in Spanien dazu geführt hat, dass vollkommen harmlose Keime auf einmal gegen alles Mögliche widerständig sind.*
>
> *Es geht also um einen rationellen Einsatz, der wirklich sehr gut indiziert ist. Wir haben zum Beispiel vor zwei Jahren bei uns auch angefangen, noch einmal die Antibiotika zurückzuschrauben auf die ganz einfachen, um das, was wir tun können, zu vermindern, aber da gibt es zum Beispiel einen Vorschlag, ein fieberndes Kind erst am zweiten oder dritten Tag antibiotisch zu behandeln. Da können sie schiefliegen. Bei einem fiebernden Neugeborenen liegen sie mit Sicherheit schief. Sie können einerseits nicht darauf verzichten. Das Penicillin ist natürlich eine Wahnsinnsentdeckung. Cortison und Penicillin waren die Entdeckungen der Medizin, wenn Sie so wollen. Zu glauben, dass man das Problem auf Dauer damit gelöst hat, das, glaube ich, ist naiv.“*[145]

---

[142] Pressemitteilung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung vom 12. April 2012, Kampf gegen Krankenhauserreger, http://www.bmbf.de/press/3258.php.

[143] Herr Professor Dr. Eikmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/172; Herr Dr. Marg, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 13/1703 f.; Herr Dr. Albrecht, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2030.

[144] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2929; Herr Dr. Körner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 9/1084.

[145] Herr Dr. Marg, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 13/1703 f.

Der Wundkeim Staphylococcus aureus verursacht weltweit die meisten im Krankenhaus erworbenen Infektionen. Besonders kritisch sind dabei Infektionen durch Methicillin-resistente Staphylokokken (MRSA), für die es nur noch wenige Möglichkeiten einer antibiotischen Therapie gibt. In Deutschland wurde in den letzten zehn Jahren ein Anstieg der MRSA-Prävalenz von 2% auf ca. 25% aller Staphylococcus aureus Isolate beobachtet.[146] In den Niederlanden liegt dieser Anteil bei unter einem Prozent.[147]

Seit 2004 wird in Deutschland und auch in Europa ein deutlicher Anstieg der Häufigkeit von Enterobacteriaceae mit ESBL in mikrobiologisch-diagnostischen Proben beobachtet.[148]

4.1. Klebsiella pneumoniae

Klebsiellen sind gramnegative Stäbchenbakterien, die zur Familie der Enterobacteriaceae gehören. Benannt wurden sie nach dem Bakteriologen Edwin Klebs. Klebsiellen besitzen keine Geißeln und sind daher unbeweglich. Sie sind von einer Schleimkapsel umgeben. Sie können mit und ohne Sauerstoff (fakultativ anaerob) leben. Typisch für Klebsiellen ist ein schmieriger Film, der auf den Kolonien entsteht.[149]

Klebsiella-Arten wurden im Boden, im Wasser und auf Pflanzen nachgewiesen.[150] Klebsiella-pneumoniae kommen bei ca. 30 % der Bevölkerung vor. Sie gehören zur normalen Bakterienflora des Darmtrakts von Menschen.[151] Teilweise kommen sie auch im Respirationstrakt vor. Im Normalfall ist das Bakterium ungefährlich, bei Menschen mit geschwächtem Immunsystem kann es jedoch als Krankheitserreger auftreten.[152] Die häufigsten Erkrankungen sind in diesem Fall Infektionen der Harnwege und

---

[146] http://www.mrsa-net.org/DE/hintergrund.html.

[147] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2929.

[148] Professor Dr. Wolfgang Witte, Dr. Yvonne Pfeiffer, Robert Koch-Institut, Antibiotikaresistenz – Bedeutung von LA-MRSA und ESBL-bildenden Enterobacteriaceae bei Masttieren und für den Menschen, www.rki.de/DE/Content/Infekt/Antibiotikaresistenz/LA_MRSA_und_ESBL.html?nn=2374030.

[149] Wikipedia – Die freie Enzyklopädie, www.wikipedia.org, Stichwort: Klebsiella.

[150] Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 6.

[151] Bundesgesundheitsblatt 2012, S. 1311 (1317).

[152] Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 6.

Lungenentzündungen.[153] Wenn die Erreger ins Blut gelangen, können sie eine Sepsis, im Gehirn eine Meningitis hervorrufen.[154]

Nach bisherigen Erkenntnissen überleben Klebsiellen in trockener Umgebung in der Regel nicht sehr lange. Experten schätzen, dass sie in dieser Umgebung gewöhnlich nach drei bis vier Tagen absterben.[155] In einer feuchten Umgebung überleben Klebsiellen länger.[156]

Deshalb stellt es nach dem derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand einen bedeutsamen Befund dar, dass auf einer Handschuhbox, die über dem Bett eines Kindes in der Neonatologie des Klinikums Bremen-Mitte hing, noch fünf Tage nach der Schließung der Station Klebsiellen des Ausbruchsstamms gefunden wurden.[157] Dies spricht dafür, dass zumindest die Klebsiellen des Ausbruchsstamms auch in trockener Umgebung deutlich länger überleben als bisher angenommen. Dies wird auch durch Untersuchungen des Instituts für Hygiene und öffentliche Gesundheit der Universität Bonn bestätigt. Sie haben gezeigt, dass der in Bremen gefundene Ausbruchsstamm bei einer Ausgangskonzentration von 10^6 Koloniebildenden Einheiten – KBE – auf trockenen Flächen auch noch nach 18 Tagen in wieder ansteigender Konzentration von 10^2 KBE/ml nachweisbar war. Im Leitungswasser ließ sich der Ausbruchsstamm nach Einbringen von mehr als 10^6 KBE auch noch nach 23 Tagen in einer Konzentration von 1×10^2 KBE/ml nachweisen, wobei er vorübergehend unter die Nachweisgrenze absank, dann aber erneut in seiner Konzentration anstieg.[158] Auch wenn der Erreger bei den Untersuchungen in hoher Konzentration eingesetzt wurde, belegen diese Untersuchungen, dass der Ausbruchsstamm mehrere Tage sowohl in Leitungswasser als auch auf trockenen Oberflächen überdauern kann.

4.2. ESBL-Bildner

---

[153] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2128.

[154] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2128; Helmut Hahn, Stefan H. E. Kaufmann, Thomas F. Schulz, Medizinische Mikrobiologie und Infektiologie, Heidelberg, 5. Aufl., 2004, S. 248.

[155] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2056.

[156] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2130.

[157] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2056, 15/2130 und 25/3546 f.

[158] Herr Professor Dr. Exner, Schriftliche Beantwortung der Fragen des Untersuchungsausschusses am 29. Juni 2012, S. 30.

Rund 35 Prozent der klinisch relevanten pathogenen Bakterien produzieren so genannte Beta-Laktamasen.[159] Das sind bakterielle Enzyme, die Beta-Laktam-Antibiotika hydrolysieren und damit unwirksam machen. Die Gene für die Beta-Laktamasen sitzen auf Plasmiden als zwischen Bakterien übertragbaren genetischen Elementen.[160] Diese genetische Eigenschaft kann von einer Bakteriengeneration zur nächsten, aber auch von einer Bakterienart an eine andere weitergegeben werden.[161] ESBL steht für Extended-Spectrum-Beta-Lactamase. Diese Beta-Laktamasen haben ein erweitertes Substratspektrum im Vergleich zu ihren Vorläufern. Diese Enzyme machen viele Antibiotika unwirksam, so zum Beispiel Penicillin, Ampicillin, Piperacillin, Mezlocillin, Cefazolin, Cefuroxim, Oxyimino-Cephalosporine (Cephalosporine der 3. Generation), Monobactame und Cefepim (Cephalosporin der 4. Generation). ESBL können u. a. von Klebsiella pneumoniae, Klebsiella oxytoca, Escherichia (E.) coli, Citrobacter spp., Enterobacter spp., Morganella morganii, Proteus spp., Providencia spp., Salmonella spp. und Serratia spp. gebildet werden.[162]

Der in Bremen gefundene Ausbruchsstamm von ESBL-bildenden Klebsiella pneumoniae trägt als genetisches Element eine seltene SHV-63 Betalaktamase. Es ist in Deutschland bisher nicht festgestellt worden.[163] In den öffentlichen Datenbanken findet man dazu nur einen Eintrag aus Russland.[164] Abgesehen von der Übereinstimmung bezüglich des genetischen Elements der SHV-63 Betalaktamase besteht im Übrigen keine Identität zwischen dem in Russland festgestellten Keim und dem Bremer Ausbruchskeim.[165]

Von den Klebsiellen, die eine Infektion verursachen, sind nach Angaben des Sachverständigen Herrn Dr. Eckmanns mittlerweile etwa zehn Prozent ESBL-bildend.[166] Der vom parlamentarischen Untersuchungsausschuss als Sachverständiger befragte Herr Professor Dr. Eikmann hat ausgeführt,[167] es gebe eigentlich keinen drastischen Anstieg mehr an nosokomialen Infektionen. Allerdings ändere sich das

---

[159] Siegfried Hoc, Antibiotika-Therapie: Multiresistente Erreger im klinischen Alltag, Deutsches Ärzteblatt 2005, 102.

[160] Professor Dr. Wolfgang Witte, Dr. Yvonne Pfeiffer, Robert Koch-Institut, Antibiotikaresistenz – Bedeutung von LA-MRSA und ESBL-bildenden Enterobacteriaceae bei Masttieren und für den Menschen, www.rki.de/DE/Content/Infekt/Antibiotikaresistenz/LA_MRSA_und_ESBL.html?nn=2374030.

[161] Frau Professor Dr. Klouche, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 6/809;
Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2137.

[162] Siegfried Hoc, Antibiotika-Therapie: Multiresistente Erreger im klinischen Alltag, Deutsches Ärzteblatt 2005, 102.

[163] Herr Professor Dr. Exner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 29/4160.

[164] E-Mail von Herrn Dr. Kaase an Dr. Kappler vom 8. Dezember 2011, Band 111, S. 131.

[165] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2091, 15/2106.

[166] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2170.

[167] Herr Professor Dr. Eikmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/172.

Spektrum innerhalb der Mikroorganismen. Es gebe eine starke Zunahme von ESBL-Bildnern und eine Stagnation von MRSA.

Im Gegensatz zur Besiedelung mit MRSA ist es bei einer Besiedelung mit ESBL-bildenden Klebsiellen nicht möglich, die betroffenen Patienten mit Antibiotika oder anderen Verfahren so zu therapieren, dass der Patient erregerfrei („saniert“) wird.[168]

4.3. Nosokomiale Infektionen bei Frühgeborenen

Etwa 65.000 Frühgeborene werden pro Jahr in Deutschland geboren.[169] Von einer Frühgeburt spricht man, wenn ein Kind vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche auf die Welt kommt, dies sind in Deutschland etwa acht bis zehn Prozent aller Schwangerschaften.[170] Etwa 1,2 % aller Neugeborenen wiegen bei der Geburt weniger als 1.500 g.[171] Die Fortschritte in der Perinatalmedizin und der neonatologischen Intensivmedizin haben in den vergangenen 30 Jahren zu einer sehr großen Steigerung der Überlebenschancen in allen Geburtsgewichtsklassen und bei schweren Fehlbildungen geführt. Von den Kindern mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g überleben mittlerweile in Deutschland über 85 %.[172] Von den extrem kleinen Frühgeborenen unter 750 g stirbt etwa ein Drittel der Kinder, ein Drittel hat schwere Behinderungen und etwa ein Drittel hat eine weitgehend ungestörte Entwicklung.[173]

Bei den Frühgeborenen unter 1.500 g treten mehr als die Hälfte (61 %) aller in der gesamten Neonatologie dokumentierten nosokomialen Infektionen auf.[174] Begünstigende Risikofaktoren für eine Infektion sind bei Frühgeborenen unter anderem ein niedriges Geburtsgewicht, unausgereifte natürliche Darm- und Hautflora, zahlreiche intensivmedizinische Maßnahmen und die medikamentöse Therapie, insbesondere

---

[168] Herr Professor Dr. Exner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 29/4184.

[169] Empfehlung zur Prävention nosokomialer Infektionen bei neonatologischen Intensivpflegepatienten mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g, Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut, Bundesgesundheitsblatt 2007, 1265, 1266).

[170] Herr Professor Dr. Herting, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 1/8.

[171] Empfehlung zur Prävention nosokomialer Infektionen bei neonatologischen Intensivpflegepatienten mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g, Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut, Bundesgesundheitsblatt 2007, 1265, 1266).

[172] Herr Professor Dr. Herting, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 1/31.

[173] Herr Professor Dr. Herting, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 1/31.

[174] Empfehlung zur Prävention nosokomialer Infektionen bei neonatologischen Intensivpflegepatienten mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g, Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut, Bundesgesundheitsblatt 2007, 1265, 1266).

durch Antibiotika, weil sich resistente Erreger nach der Reduzierung der konkurrierenden Keimflora leichter ausbreiten können .

Im Grundsatz gilt, dass die Sepsisrate bei einem Krankenhausaufenthalt umso größer ist, je unreifer das Kind bei der Geburt ist.[175] Bei Kindern mit einem Geburtsgewicht unter 750 g entwickelt jedes dritte Kind eine Sepsis. Bei den größeren Kindern gehen sie stark zurück.[176] Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g sind im Verlauf der Intensivtherapie einer Vielzahl invasiver Interventionen ausgesetzt (kapillare und venöse Blutentnahmen, das Legen von Zugängen, Intubation, Absaugen der Atemwege, Anlage von Magensonden). Jede invasive Intervention ist mit einem zusätzlichen Infektionsrisiko verbunden, und sei es nur durch den zusätzlichen Kontakt mit den Händen des Behandlungsteams. Pro 8-Stunden-Schicht werden das Frühgeborene und seine unmittelbare Umgebung im Mittel etwa 80-mal berührt. Extrem unreife Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.000 g sind oft länger als 100 Tage in stationärer Behandlung.[177]

Bis zu 90 Prozent der Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 g werden während ihrer stationären Behandlung mit einer breitwirksamen antibakteriellen Kombinationstherapie behandelt. Wegen des potenziell sehr schnellen Verlaufs von Infektionen müssen die behandelnden Ärzte oft schon mit einer antibiotischen Therapie beginnen, obwohl die klinischen Zeichen für eine Infektion noch unspezifisch sind. Nur so verbessern sie die Überlebenschance von Frühgeborenen.[178] Die hohe Anwendungsrate breit wirksamer Antibiotika bei Frühgeborenen erhöht aber gleichzeitig den Selektionsdruck auf die Erreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen, denn nur solche resistenten Keime überleben die Antibiotikatherapie.[179]

Die vorgenannten Schilderungen zeigen, dass Keimvorfälle zum Alltag in deutschen Kliniken, insbesondere auf Stationen der Neonatologie und der Intensivmedizin,

---

[175]. Herr Professor Dr. Herting, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 1/67.

[176] Herr Professor Dr. Herting, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 1/67.

[177] Empfehlung zur Prävention nosokomialer Infektionen bei neonatologischen Intensivpflegepatienten mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g, Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut, Bundesgesundheitsblatt 2007, 1265, 1267.

[178] Herr Professor Dr. Herting, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 1/70;

Herr Dr. Albrecht, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/1965.

[179] Professor Dr. Wolfgang Witte, Dr. Yvonne Pfeiffer, Robert Koch-Institut, Antibiotikaresistenz – Bedeutung von LA-MRSA und ESBL-bildenden Enterobacteriaceae bei Masttieren und für den Menschen, www.rki.de/DE/Content/Infekt/Antibiotikaresistenz/LA_MRSA_und_ESBL.html?nn=2374030.

gehören. Dies gilt insbesondere auch für Vorfälle mit Klebsiellen. So hat der Sachverständige Herr Professor Dr. Eikmann Vorfälle mit Klebsiellen als ein „immanentes Problem“ von neonatologischen Stationen bezeichnet.[180] Auch der Sachverständige Herr Dr. Zastrow hat bestätigt, dass Klebsielleninfektionen auf Neugeborenenstationen häufiger vorkommen als andere durch Keime verursachte Infektionen.[181] Die KRINKO Empfehlung „Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedelung mit multiresitenten gramnegativen Stäbchen“ geht davon aus, dass Neugeborene eine der am häufigsten von Klebsiellen betroffenen Populationen sind.[182]

4.4. Herkunft des Keims und Übertragungswege

Nach der KRINKO Empfehlung „Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedelung mit multiresitenten gramnegativen Stäbchen“ blieb die Quelle von Ausbrüchen, die durch Klebsiella pneumoniae verursacht wurden, bei 63,7 % der in der Literatur zu findenden Ausbruchsbeschreibungen unklar. In 18,5 % der Studien ließ sich der Ausbruch auf einen Indexpatienten zurückführen. Medizinprodukte waren in 8,9 % der Fälle verantwortliche Auslöser. Das Personal wurde lediglich in 5,4 % der beschriebenen Ausbruchsgeschehen als Keimquelle identifiziert.[183]

Nach den der KRINKO vorliegenden Ausbruchsbeschreibungen konnte in fast der Hälfte der Fälle kein gesicherter Übertragungsweg identifiziert werden.[184] Aus den ihr vorliegenden Daten leitet die KRINKO ab, dass Klebsiellen überwiegend direkt oder indirekt von Person zu Person übertragen werden. Bei einer Häufung von Infektionen müsse man allerdings auch eine Quelle aus der unbelebten Umgebung in die Suche nach der Herkunft des Keims einbeziehen, wobei Klebsiellen eher feuchte Habitate bevorzugten.[185]

4.4.1. Herkunft des Keims

[180] Herr Professor Dr. Eikmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/92.
[181] Herr Dr. Zastrow, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/193 f.
[182] Bundesgesundheitsblatt 2012, S. 1311 (1324).
[183] Bundesgesundheitsblatt 2012, S. 1311 (1324).
[184] Bundesgesundheitsblatt 2012, S. 1311 (1324).
[185] Bundesgesundheitsblatt 2012, S. 1311 (1324).

Zur Frage, wie der Keim auf die Station gelangt ist, wurden mehrere Theorien entwickelt.

4.4.1.1. Möglicher Eintrag von einer anderen Station des Klinkums Bremen-Mitte

Der Keim könnte von Personen von der Station 4028 auf die Station 4027 getragen worden sein.[186] Das erscheint allerdings wegen der räumlichen Entfernung zwischen den Stationen und weil man beim Betreten der Station 4027 an die Händedesinfektion erinnert wird, eher unwahrscheinlich.[187]

Eine weitere Theorie ist, dass der Keim von den Ärzten, die in der Nachsorge-Ambulanz tätig sind, hereingetragen wurde. Auch dies erscheint unwahrscheinlich, weil die Ambulanz sich in einem anderen Gebäude als die Station 4027 befindet.[188]

Der Erreger könnte weiter über einen Gegenstand von der Station 4028 herübergebracht worden sein. Dagegen spricht allerdings, dass es von November 2011 bis Februar 2012 auf der Station 4028, auf der in dieser Zeit immer mindestens ein Kind lag, das positiv getestet war, keine Keimübertragungen gab.[189]

Darüber hinaus hat das Robert Koch-Institut auch in Erwägung gezogen, dass es doch einen Keimträger auf der Station gegeben hat. Allerdings stellt sich dann die Frage, weshalb dieser bei den umfassenden Screenings nicht positiv getestet wurde. Auch gab es keine Mitarbeiter, die monatelang nicht im Dienst waren.[190] Umgebungsuntersuchungen auf der Station konnten die Theorie, der Erreger habe auf der Station überlebt, nicht bestätigen.[191]

---

[186] .Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2114.
[187] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2114.
[188] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2114.
[189] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2114.
[190] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2115.
[191] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2115.

Die mögliche Keimquelle konnte in dem Raum, in dem die Erstversorgung der Kinder nach dem Kreißsaal erfolgt, nicht lokalisiert werden.[192]

Eine vom Robert Koch-Institut durchgeführte sogenannte Kohortenstudie

konnte die Ursache des Keimausbruchs nach derzeitigem Kenntnisstand ebenfalls nicht ermitteln. Die Kohortenstudie erfolgte nach dem Keimausbruch im Februar 2012 und bezog sich allein auf die Kinder, die während des erneuten Keimausbruches im Februar 2012 betroffen waren. Es wurden alle Kinder einbezogen, die zwischen dem 9. und dem 28. Februar 2012 (Geburt des ersten positiv getesteten Kindes bis zum Tod der beiden Kinder) auf der Station lagen. Fünf Kinder waren besiedelt, 16 Kinder waren unauffällig. Festgestellt wurde nach Aussage des Sachverständigen Herrn Dr. Eckmanns[193] lediglich, dass für Kinder, bei denen viele Maßnahmen durchgeführt wurden, ein höheres Risiko bestand, von einem Keimbefall betroffen zu sein.

4.4.1.2. Desinfektionsmitteldosiergerät als mögliche Keimquelle

Anfang März 2012 bat die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit die Leitung der Gesundheit Nord darum, einen extern ermittelnden Experten zur Aufklärung des Keimvorfalls im Klinikum Bremen-Mitte einzusetzen.[194] Beauftragt wurde der Direktor des Instituts für Hygiene und Öffentliche Gesundheit an der Universität Bonn, Herr Professor Dr. Exner. Neben einer Begehung der Kinderintensivstation und der Kinderchirurgie[195] führte dieser u.a. eine Untersuchung des Desinfektionsmitteldosiergerätes aus dem Waschmaschinenraum der Station 4027 durch. Seinem diesbezüglichen Bericht[196] ist zu entnehmen, dass es sich um ein Gerät zur Herstellung von Desinfektionsmittellösungen für Behältnisse mit Tüchern zur Wischdesinfektion für Handkontaktflächen im Patientenbereich handelte. Dabei konnte in einem Frischwasserzulaufschlauch im Innern des Gerätes ein deutlicher Biofilm festgestellt werden. Nachgewiesen wurden im Wasserzulauf gramnegative, nicht fermentierende Stäbchen. Die Untersuchung des Biofilms ergab zudem kulturell den Nachweis von aeroben Sporenbildnern. In keiner der Proben konnten mittels kultureller

---

[192] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2115.

[193] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2141 und 25/3520.

[194] Schreiben von Frau Senatorin Jürgens-Pieper an den Untersuchungsausschuss vom 13. Juni 2012, Band 198, ohne Paginierung.

[195] Protokoll der Begehung der Kinderklinik Bremen Mitte, 19. Mai 2012, Band 198. ohne Paginierung.

[196] Herr Professor Dr. Exner, „Bericht zur Untersuchung des Desinfektionsmittel-Dosiergerätes DG 3 aus dem Waschmaschinenraum der Station 4027 des Klinikum Bremen-Mitte gGmbH“, Band 199.

mikrobiologischer Verfahren ESBL-bildende Klebsiellen nachgewiesen werden. Bei einer Untersuchung des Biofilmes aus dem Bereich des unteren Schlauchteils unmittelbar vor der Zumischstelle konnte jedoch mittels PCR-Verfahren Klebsiella pneumoniae-DNA nachgewiesen werden.[197]

Bei der Untersuchung eines weiteren Desinfektionsmitteldosiergerätes der angrenzenden Station, das ausschließlich zur Herstellung von Desinfektionsmittel für die Fußbodenreinigung durch das Reinigungspersonal verwendet wurde, konnten kulturell im Biofilm neben aeroben Sporenbildnern auch Stenotrophomoas maltophilia nachgewiesen werden. Hinweise auf Klebsiella pneumoniae ergaben sich bei diesem Desinfektionsmitteldosiergerät nicht.[198]

Bei seiner Anhörung vor dem Untersuchungsausschuss teilte Herr Professor Dr. Exner mit, dass es nicht möglich war festzustellen, ob die im Schlauch des erstgenannten Desinfektionsmitteldosiergeräts gefundene Klebsiellen-DNA zum Ausbruchsstamm gehörte.[199]

Herr Professor Dr. Exner vermutet, dass hier die Quelle des Ausbruchskeims liegen könnte. Im Rahmen der öffentlichen Beweisaufnahme hat er ausgeführt, er sehe das nur als eine der Möglichkeiten unter verschiedenen anderen Aspekten an, die abgewogen werden müssten.[200] Seiner Theorie zufolge könnten die Keime entweder durch das Leitungswasser, bei Wartungsarbeiten oder durch eine rückläufige Kontamination in das Dosiergerät gelangt sein.[201] Aus dem Desinfektionsmitteldosiergerät könnten sich Biofilmplaques lösen und in das Tuchspendersystem beziehungsweise in den Eimer mit der Desinfektionsmittellösung gelangen. In einem Biofilm könnten Mikroorganismen lange Zeit bei Überströmen mit Leitungswasser als Nährstoffquelle überleben und eine Infektionsquelle darstellen.[202]

---

[197] Herr Professor Dr. Exner, „Bericht zur Untersuchung des Desinfektionsmittel-Dosiergerätes DG 3 aus dem Waschmaschinenraum der Station 4027 des Klinikum Bremen-Mitte gGmbH“, Band 199, S. 4; Herr Professor Dr. Exner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 29/4170.

[198] Herr Professor Dr. Exner, „Bericht zur Untersuchung des Desinfektionsmittel-Dosiergerätes DG 3 aus dem Waschmaschinenraum der Station 4027 des Klinikum Bremen-Mitte gGmbH“, Band 199, S. 5 f.;

Herr Professor Dr. Exner, Schriftliche Beantwortung der Beweisfragen des Untersuchungsausschusses für die Vernehmung am 29. Juni 2012, S. 6 ff.

[199] Herr Professor Dr. Exner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 29/4171.

[200] Herr Professor Dr. Exner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 29/4196.

[201] Herr Professor Dr. Exner, Schriftliche Beantwortung der Beweisfragen des Untersuchungsausschusses für die Vernehmung am 29. Juni 2012, S. 14.

[202] Herr Professor Dr. Exner, Schriftliche Beantwortung der Beweisfragen des Untersuchungsausschusses für die Vernehmung am 29. Juni 2012, S. 13.

Weil bei Bakterien in Biofilmen eine um das hundert- bis zweihundertfach erhöhte Desinfektionsmittelresistenz bestehe,[203] könnten die Bakterien in der Desinfektionsmittellösung bei verlängerter Generationszeit überleben.[204] Über die Desinfektion von Hand-Kontaktflächen im direkten Umfeld der Patienten und insbesondere durch die Desinfektion der Inkubatoren einschließlich des Ventilatorsystems könne es zu einer direkten Kontamination der Kinder über die Kontamination der Hände des Personals oder über eine Kontamination der Ventilatorkammer durch die hierüber angefeuchtete Luft des Inkubators kommen.[205]

Herr Dr. Zastrow erachtet die Erklärung, ein Desinfektionsmitteldosiergerät sei die mögliche Keimquelle, für abwegig. Er schrieb in einer E-Mail an den Untersuchungsausschuss:

> *„Ich bin über die Theorie meines Kollegen bestens unterrichtet. Sie ist allerdings völlig abwegig und kein Hygiene-Experte in Deutschland würde sich anschließen. Sie ist eine wissenschaftliche Zumutung. Die vermuteten Übertragungsmechanismen gibt es nicht. Man könnte fast den Eindruck bekommen, dass hier etwas „konstruiert“ werden soll, das die „Schuldfrage“ nach außerhalb des Krankenhauses verlagern soll. Aber selbst wenn eine Klebsielle aus dem Dosiergerät „geklettert“ sein sollte (was völliger Unsinn ist) dann stellte sich die Frage, wie kommt der Keim dann zu den Frühgeborenen? Wurden die Frühchen mit Frischwasser des Dosiergerätes abgeduscht, die Absauggeräte und andere Utensilien vor Gebrauch in den Frischwasserzulauf gepresst und dann zu den Frühchen transportiert? Mit Verlaub, wenn es sich nicht um vermeidbare Todesfälle gehandelt hätte, wären die aufgestellten Thesen zum Lachen, so allerdings veranlassen sie zu schwerem Stirnrunzeln.“*

Der Sachverständige Herr Professor Dr. Exner widersprach in seiner Vernehmung jedoch der Behauptung, dass Herr Dr. Zastrow „bestens“ informiert gewesen sei.

---

[203] Herr Professor Dr. Exner, Schriftliche Beantwortung der Beweisfragen des Untersuchungsausschusses für die Vernehmung am 29. Juni 2012, S. 14 m.w.N.

[203] Herr Professor Dr. Exner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 29/4186.

[204] Herr Professor Dr. Exner, Schriftliche Beantwortung der Beweisfragen des Untersuchungsausschusses für die Vernehmung am 29. Juni 2012, S. 35.

[205] Herr Professor Dr. Exner, Schriftliche Beantwortung der Beweisfragen des Untersuchungsausschusses für die Vernehmung am 29. Juni 2012, S. 21, 29, 35.

Vielmehr bekundete Herr Professor Dr. Exner, dass Herr Dr. Zastrow von ihm „überhaupt keine Informationen bekommen“ habe.[206] Ferner hat die Desinfektionsmittelkommission des Verbundes für Angewandte Hygiene e.V. auch aufgrund der Erkenntnisse von Herrn Professor Dr. Exner eine Mitteilung zum zukünftigen Umgang mit Tuchspendersystemen herausgegeben.[207]

Der Sachverständige Herr Dr. Eckmanns teilte dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss mit, für ihn sei weiterhin der patientennahe Bereich wichtig, weil der Erreger auf irgendeine Weise zum Kind kommen müsse.[208] Die Theorie von Herrn Professor Dr. Exner zum Desinfektionsmitteldosiergerät als Keimquelle könne einen möglichen Erklärungsansatz bieten.[209] Nach Einschätzung des Gutachters Herrn Professor Dr. Popp sind die Ergebnisse von Herrn Professor Exner vorsichtig zu interpretieren, da eine Überprüfung nicht mehr möglich und die Probenentnahme nicht klar beschrieben sei.[210]

4.4.2. Mögliche Übertragungswege

Grundsätzlich gilt Klebsiella pneumoniae nicht als Erreger, der durch die Raumluft übertragen wird.[211] Nach der Ausbruchsuntersuchung, die das Robert Koch-Institut Anfang November 2011 auf den Stationen 4027 und 4028 des Klinikums Bremen-Mitte durchgeführt hat, hat es die nachfolgend dargestellten Übertragungswege in Betracht gezogen:[212]

- *„Protrahierte (verlängerte) Person-zu-Person-Übertragung. Von einem Patienten als Index-Fall ausgehende Übertragung auf einen oder mehrere andere Patienten. Die Übertragung könnte über die Hände des Personals erfolgt sein.*

---

[206] Herr Professor Dr. Exner Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 29/4197.

[207] Herr Professor Dr. Exner Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 29/4198; Empfehlung zur Kontrolle kritischer Punkte bei der Anwendung von Tuchspendersystemen im Vorträgksystem für Flächendesinfektion, Hyg Med 2012, 37.

[208] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3544.

[209] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3582.

[210] Sachverständigengutachten von Herrn Professor Dr. Popp im Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Bremen vom 28. August 2012, Band 207, S. 148.

[211] Protokoll der Begehung der Kinderklinik Bremen Mitte, 19. Mai 2012, Band 198. ohne Paginierung.

[212] Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 21 ff.

- *Eine oder mehrere Personen haben den Ausbruchsstamm ausgeschieden oder ihn bei akuten oder chronischen Hautveränderungen an den Händen getragen und so den Erreger auf Patienten übertragen.*

- *Kontaminierte Geräte oder unbelegte Materialien (einschließlich Oberflächen, Medikamenten, Nährlösungen) könnten als Vehikel fungiert haben.*

- *Abläufe, Vorgänge, bauliche Situation etc. auf einer Station, die sich grundlegend von anderen Stationen unterscheiden, könnten ursächlich zu dem Ausbruch beigetragen haben.*

- *Der Erreger könnte durch antibiotische Therapie einer Mutter in der Schwangerschaft selektioniert worden sein. Eine Übertragung könnte innerhalb der geburtshilflichen Station auf andere Mütter erfolgt sein, die den Erreger dann auf ihre Kinder weiter übertragen haben könnten. Eine andere Möglichkeit wäre, dass eine Mutter den Erreger auf ihr Neugeborenes übertragen haben könnte und eine weitere Verbreitung unter den Kindern der Neonatologie stattgefunden hat.“*

Das Robert Koch-Institut kommt in seinem Zwischenbericht vom 29. November 2011, der auf dem Datenstand vom 18. November 2011 beruht, hinsichtlich des Ausbruchsgeschehens im Jahr 2011 zu dem Ergebnis, dass nach den bis dahin vorliegenden Erkenntnissen eine Ausbreitung durch Person-zu-Person-Übertragung am wahrscheinlichsten sei. Allerdings könne nicht ausgeschlossen werden, dass zwischenzeitlich auch ein Gegenstand kontaminiert gewesen sein könnte, von dem aus der Erreger dann auf ein oder mehrere Kinder übertragen worden sei.[213] Diese Annahme wird auch von der Aussage des vom parlamentarischen Untersuchungsausschuss als Sachverständigen gehörten Herrn Dr. Zastrow gestützt. Er führte aus, der Hauptübertragungsweg für Klebsiellen sei von Mensch zu Mensch über kontaminierte Hände. Manchmal sei ein Vehikel zwischengeschaltet.[214]

---

[213] Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 23.
[214] Herr Dr. Zastrow, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/194.

Nachdem es im Februar 2012 auf der zuvor umfassend sanierten Station 4027 erneut zu einem Keimvorfall gekommen ist, vermutet das Robert Koch-Institut mittlerweile eine Kombination von Übertragungswegen. Nach wie vor geht es davon aus, dass die Infektionskette von Patient zu Patient mit dem Vektor Mensch, der als Bediensteter im unmittelbaren Kontakt mit den Patienten steht, der Hauptübertragungsweg ist.[215]

4.5. Zusammenfassung

Auf Intensiv- und neonatologischen Stationen ist die Gefahr von Keimvorfällen besonders groß. Dies liegt daran, dass die Patientinnen und Patienten über ein noch nicht ausgebildetes oder aber nur über ein geschwächtes Immunsystem verfügen. Sie müssen deshalb sehr frühzeitig mit Antibiotika behandelt werden. Insbesondere kleine Frühgeborene werden mit hochwirksamen Breitbandantibiotika behandelt, um ihre Überlebenschancen zu erhöhen. Da bei ihnen Infektionen potenziell sehr schnell verlaufen, erhalten sie bereits eine antibiotische Therapie, obwohl die klinischen Zeichen für eine Infektion noch unspezifisch sind. In einem derartigen Biotop können die Erreger gut verschiedenste Resistenzen ausbilden und stellen damit ein hohes Gefährdungspotential dar.

In den letzten Jahren hat sich das Erregerspektrum geändert. Zunehmend werden ESBL-bildende Bakterien zum Problem. Hier bestehe die weitere Schwierigkeit, dass eine Therapie des Keimbefalls bei den betroffenen Patientinnen und Patienten so gut wie nicht möglich sei.

Bei 50 % der Keimausbrüche in Krankenhäusern lässt sich die Ursache nicht sicher feststellen.[216] Dies gilt bislang auch für den Keimausbruch auf den Stationen 4027 und 4028 des Klinikums Bremen-Mitte.

---

[215] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2113.

[216] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2046, 25/3520.

5. Hygienemanagement

Das Hygienemanagement betrifft die Voraussetzungen einer effektiven Infektionsprävention. Ziel ist, nosokomiale Infektionen in Krankenhäusern zu vermeiden, also solcher Infektionen, die durch den Aufenthalt oder die Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung verursacht werden. Nosokomiale Infektionen vollständig zu unterbinden, ist auch unter Beachtung jeglicher Hygieneanforderungen nicht erreichbar. Für den Bereich der neonatologischen Intensivmedizin hält die „Empfehlung zur Prävention nosokomialer Infektionen bei neonatologischen Intensivpflegepatienten mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g“ der beim Robert Koch-Institut eingerichteten Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) die Möglichkeit einer Senkung der Rate um etwa 30 % für wahrscheinlich.[217]

5.1. Rechtliche Grundlagen

Die im Bereich der Krankenhaushygiene geltenden Regeln werden neben den bundesrechtlichen Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes und der Bremischen Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen[218] weitgehend durch die beim Robert Koch-Institut eingerichtete Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) bestimmt. Rechtliche Grundlage für die Tätigkeit der KRINKO ist § 23 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz in der seit dem 4. August 2011 geltenden Fassung[219], der wie folgt lautet:

> *„Beim Robert Koch-Institut wird eine Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention eingerichtet. Die Kommission gibt sich eine Geschäftsordnung, die der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf. Die Kommission erstellt Empfehlungen zur Prävention nosokomialer Infektionen sowie zu betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen*

[217] Bundesgesundheitsblatt 2007, 1265 (1268).

[218] Bremische Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen vom 27. März 2012, Brem.GBl. S. 125; vormals Krankenhaushygieneverordnung vom 9. April 1990, Brem.GBl. S. 141.

[219] Weitgehend inhaltsgleich: § 23 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz alte Fassung.

Maßnahmen der Hygiene in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen. Die Empfehlungen der Kommission werden unter Berücksichtigung aktueller infektionsepidemiologischer Auswertungen stetig weiterentwickelt und vom Robert Koch-Institut veröffentlicht. Die Mitglieder der Kommission werden vom Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den obersten Landesgesundheitsbehörden berufen. Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, der obersten Landesgesundheitsbehörden und des Robert Koch-Institutes nehmen mit beratender Stimme an den Sitzungen teil.“

Die Empfehlungen der KRINKO sind kein verbindliches Recht. Sie stellen den Stand der medizinischen Wissenschaft dar. Durch die zum 4. August 2011 in Kraft getretene Neufassung des § 23 Infektionsschutzgesetz wurde erstmals der haftungsrechtliche Stellenwert der von der KRINKO abgegebenen veröffentlichten Empfehlungen konkretisiert. § 23 Abs. 3 S. 2 Infektionsschutzgesetz lautet:

„Die Leiter folgender Einrichtungen haben sicherzustellen, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden:

1. Krankenhäuser,

2.-9. (…).

Die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft auf diesem Gebiet wird vermutet, wenn jeweils die veröffentlichten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut und der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie beim Robert Koch-Institut beachtet worden sind.“

Damit wird klar, dass sich die KRINKO-Empfehlungen an die Leiter von Einrichtungen, wie beispielsweise Krankenhäusern richten, und diesen eine Richtlinie zur Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft geben. Sie enthalten praktische Hinweise zum korrekten Vorgehen für das ärztliche und medizinisch-technische sowie

das Pflege- und Reinigungspersonal. Haftungsrechtlich werden Hygienemängel dem Organisationsbereich der medizinischen Einrichtung zugeordnet und als voll beherrschbares Risiko eingestuft.[220] Stammt eine Infektion aus dem Bereich eines Krankenhauses oder einer anderen medizinischen Einrichtung, so muss deshalb deren Leiter im Haftungsprozess substantiiert darlegen und gegebenenfalls beweisen, dass er die Kommissionsempfehlungen beachtet hat. Gelingt ihm der Beweis, so spricht für ihn die Vermutung, dass er den Stand der medizinischen Wissenschaft eingehalten hat und damit nicht haftet. Finden die Empfehlungen der Kommissionen hingegen keine Beachtung, so greift die Vermutungsregelung des § 23 Abs. 3 S. 2 Infektionsschutzgesetz nicht.[221]

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hat zur Bedeutung der KRINKO-Empfehlungen Beweis erhoben, indem er Herrn Professor Dr. Exner um eine schriftliche Stellungnahme bat. Dieser führte insbesondere aus:

> *„Ein Krankenhaus kann grundsätzlich von den Empfehlungen der Richtlinie abweichen, da die besonderen Bedingungen der Einrichtung, der behandelten Patienten sowie ökonomische und ökologische Aspekte zu berücksichtigen sind. Dies kann jedoch nur dann erfolgen, wenn nach Prüfung alternativer Maßnahmen diese nicht zu einem niedrigeren Schutzniveau für Patienten und medizinisches Personal führen. Die entsprechenden Maßnahmen müssen im Fall der Abweichung von der Richtlinie fachlich begründet werden. Ein Absinken unter das von der KRINKO vorgegebene Schutzniveau ist nicht indiziert.*
>
> *Die Richtlinie legt daher eine Grundlinie der Sicherheit im Bereich der Krankenhaushygiene fest, die nicht begründet unterschritten werden kann. Andererseits sind die Verantwortlichen für Krankenhaushygiene in erster Linie dazu aufgerufen, die Richtlinie unter Berücksichtigung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse dahingehend zu hinterfragen, ob das Sicherheitsniveau noch ausreicht oder ggf. ein höheres, niemals jedoch ein niedrigeres Sicherheitsniveau eingeführt werden muss.*

---

[220] BGHZ 171, 358 = BGH NJW 2007, 1682.
[221] Lorz, in: NJW 2011, 3397 (3399).

> *Eine Abweichung von der Richtlinie muss immer zum Zeitpunkt der geplanten Abweichung begründet werden und nicht erst bei einer Beanstandung. Es handelt sich hierbei um ein geplantes Verfahren, das erst dann umgesetzt werden kann, wenn nach entsprechender Prüfung alternative Maßnahmen diese – wie bereits erwähnt – nicht zu einem niedrigeren Schutzniveau für Patienten und medizinisches Personal führen.“*[222]

Die Gesetzgebungsmaterialien zum Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes vom 28. Juli 2011 äußern sich zu diesem Themenkomplex folgendermaßen:

> *„Sie [d.h. die Leiterinnen und Leiter von Krankenhäusern] werden dazu verpflichtet, die Empfehlungen der KRINKO und der Kommission ART zu berücksichtigen. Die widerlegbare Vermutung lässt im Einzelfall ein Unterschreiten der Empfehlungen der KRINKO und der Kommission ART zu, etwa wenn nicht erfüllte bauliche-funktionelle Voraussetzungen durch betrieblich-organisatorische Maßnahmen kompensiert werden können.“*[223]

Herr Staatsrat Professor Stauch hat in seiner Vernehmung hinsichtlich der Rolle der KRINKO-Empfehlungen im Rahmen der Beweisführung im Zivilprozess ausgeführt:

> *„Es gibt eine Beweiserleichterung. Das bedeutet, wenn ich diese Standards einhalte, dann ist vorausgesetzt, dass ich keine Pflicht verletzt habe, dass ich nicht fahrlässig gehandelt habe, dass ich alle Standards eingehalten habe. Das ist mit Einhaltung dieser Standards von vornherein gewährleistet. Wenn ich gegen diese Standards verstoße, also sie nicht eingehalten habe, heißt das nicht automatisch, dass ich sozusagen fahrlässig gehandelt habe und mich dann möglicherweise Ersatzpflichten oder anderes treffen, sondern dann muss ich selbst beweisen, dass das nicht ursächlich geworden ist für die Schäden, die dann eingetreten sind.“*[224]

---

[222] Herr Professor Dr. Martin Exner, Schreiben vom 3. November 2012, S. 6.
[223] BT-Drs. 17/5178, S. 18.
[224] Herr Staatsrat Professor Stauch, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/399 f.

Leitern von medizinischen Einrichtungen obliegt es zudem zu prüfen, ob die Empfehlungen der KRINKO aktualisiert und evidenzbasiert sind.

Außerhalb dieses Rahmens verpflichten die Empfehlungen der KRINKO – wohl entgegen dem Verständnis des Sachverständigen Herrn Professor Dr. Popp -[225] weder die Leiter von Krankenhäusern direkt zur Einhaltung ihrer Vorgaben, noch ergibt sich aus ihnen eine Verpflichtung der senatorischen Behörde, diese zur Grundlage ihrer Verordnungen machen zu müssen oder ihre Verordnungen jeweils den aktuellen Empfehlungen der KRINKO anzupassen. Eine rechtliche Verpflichtung des Verordnungsgebers kann sich allein aus einem Bundes- oder Landesgesetz ergeben.[226] Anderenfalls hätten sich die Länder, in denen es vor der Novellierung des § 23 Infektionsschutzgesetz keine Krankenhaushygieneverordnung gab,[227] seit Jahren nicht rechtskonform verhalten. Die Verwaltung wird sinnvollerweise die Empfehlungen der KRINKO bei der Ausfüllung von Ermessensspielräumen heranziehen.

In der senatorischen Behörde wurde Ende 2010 über eine Novellierung der Krankenhaushygieneverordnung diskutiert, nachdem einer Arbeitsgruppe 2006 der Auftrag erteilt worden war, die Krankenhaushygieneverordnung im Hinblick auf verzichtbare Regelungen oder gegebenenfalls neu aufzunehmende Verpflichtungen zu überprüfen.[228]

Der damalige Abteilungsleiter Gesundheit, Herr Dr. Gruhl, informierte den damaligen Staatsrat, Herrn Dr. Schulte-Sasse, darüber, dass die Arbeitsgruppe aufgrund der Schweinegrippe stark arbeitsmäßig belastet sei. Der ehemalige Staatsrat hat dann entschieden, die Krankenhaushygieneverordnung, deren Befristung auslief, ohne inhaltliche Änderungen zu verlängern. Gründe seien die hohe Arbeitsbelastung seiner Mitarbeiter und die bereits diskutierte Novellierung des Infektionsschutzgesetzes gewesen.[229]

---

[225] Herr Professor Dr. Popp, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 32/4708 f.
[226] Vgl. bspw. § 23 Abs. 8 Infektionsschutzgesetz.
[227] Vgl. dazu Lorz, in: NJW 2011, 3397 (3400).
[228] Herr Dr. Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme 33/4830.
[229] Herr Dr. Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme 33/4830.

Zum damaligen Zeitpunkt waren dem ehemaligen Staatsrat und dem ehemaligen Abteilungsleiter Gesundheit die Verweisung der Krankenhaushygieneverordnung auf das Bundesgesundheitsamt bekannt.[230] Die Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ wurde im Herbst 2009 veröffentlicht.[231]

5.2. Personelle Anforderungen

Gemäß § 23 Abs. 3 S. 1 Nr. 1 Infektionsschutzgesetz, der mit der Neufassung des Gesetzes zum 4. August 2011 in Kraft getreten ist, haben die Leiter von Krankenhäusern sicherzustellen, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden. Zuvor bestand bereits nach Bremischem Landesrecht eine allgemeiner gefasste Verpflichtung der ärztlichen Leitung des Krankenhauses zur Sicherstellung der Krankenhaushygiene (§ 2 Abs. 1 der Krankenhaushygieneverordnung von 1990).[232] Es besteht folglich im Rahmen der Eigenverantwortung des Krankenhauses die Pflicht, die innerbetrieblichen Strukturen und die Organisation an den Erfordernissen der jeweiligen medizinischen Einrichtung zu orientieren. Erforderlich hierzu sind institutionsintern verbindliche Vorgaben, und zwar auch dazu, dass in Abhängigkeit von der Größe und dem Risikoprofil der Einrichtung entsprechend ausgebildetes Personal in ausreichender Zahl angestellt oder vertraglich geregelt externe Hygienekompetenz zur Verfügung steht.[233]

Um den komplexen Anforderungen zur Gewährleistung der Hygiene im Krankenhaus entsprechen zu können, bedarf es der Beschäftigung von Fachpersonal. Es sind hierzu Krankenhaushygieniker und Hygienebeauftrage Ärzte sowie Hygienefachkräfte erforderlich. Zur Frage der Qualifikation dieses Personals und zur Frage, in welchem Umfang entsprechendes Personal vorzuhalten ist, besteht die KRINKO-Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer

---

[230] Herr Dr. Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 33/4831.

[231] KRINKO-Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“, Bundesgesundheitsblatt 2009, S. 951 f.

[232] Brem.GBl. S. 141, zuletzt geändert durch Gesetz vom 25. Mai 2010, Brem.GBl. S. 349, galt bis 4. April 2012.

[233] KRINKO-Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“, Bundesgesundheitsblatt 2009, 951 f.

Infektionen“.[234] Im Übrigen regelt das Bremische Landesrecht mit der bis zum 4. April 2012 geltenden Krankenhaushygieneverordnung von 1990 und der diese ersetzenden Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Errichtungen[235] Fragen der Qualifikation und des erforderlichen Fachpersonalumfangs verbindlich.

5.2.1. Krankenhaushygienikerin/Krankenhaushygieniker

Die Krankenhaushygienikerin bzw. der Krankenhaushygieniker koordiniert die Surveillance und die Prävention nosokomialer Infektionen. Sie bzw. er berät die Verantwortlichen in allen Fragen der Krankenhaushygiene und der Bewertung von Risiken. Sie bzw. er hat die Einhaltung der baulich-funktionell und betrieblich-organisatorischen Hygiene-Erfordernisse sicherzustellen und koordiniert Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Rahmen der Infektionsprävention und des Ausbruchsmanagements.[236]

5.2.1.1. Rechtliche Vorgaben

Nach der Bremischen Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen sind Krankenhäuser und andere medizinische Einrichtungen verpflichtet, eine Krankenhaushygienikerin bzw. einen Krankenhaushygieniker zu bestellen. Die insoweit einschlägigen Vorschriften der Verordnung lauten:

> *„§ 1 Regelungsgegenstand, Geltungsbereich*
>
> *(1) Diese Verordnung regelt die erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen in medizinischen Einrichtungen.*
>
> *(2) Diese Verordnung gilt für*
>
> *1. Krankenhäuser,*

---

[234] Bundesgesundheitsblatt 2009, 951.

[235] Vom 27. März 2012, Brem.GBl. S. 125.

[236] Vgl. die im Folgenden genannten Vorschriften; s. auch Aufstellung der Aufgaben des Krankenhaushygienikers im Klinikum Bremen-Mitte in Band 14, S. 309.

2. Einrichtungen für ambulantes Operieren,

3. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt,

4. Dialyseeinrichtungen,

5. Tageskliniken und

6. Arztpraxen, Zahnarztpraxen und Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden.

(…)

§ 4 Ausstattung mit Fachpersonal

(1) In Einrichtungen nach § 1 Absatz 2 Nummer 1 bis 5 sind nach Maßgabe der §§ 5 bis 7 Hygienefachkräfte, Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker zu beschäftigen sowie hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte zu bestellen.

(2) In Krankenhäusern und Einrichtungen für ambulantes Operieren sind entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte zu benennen, die das ärztliche Personal zu klinisch-mikrobiologischen und klinisch-pharmazeutischen oder klinisch-pharmakologischen Fragestellungen beraten und die Leitung der Einrichtung bei der Erfüllung ihrer Pflichten nach § 23 Absatz 4 Satz 2 des Infektionsschutzgesetzes unterstützen.

(3) Fachlich geeignetes Personal darf bis zum 31. Dezember 2016 auch eingesetzt werden, wenn die Anforderungen an die Qualifikation nach §§ 5, 6 und 7 nicht erfüllt sind.

(…)

§ 6 Krankenhaushygienikerin und Krankenhaushygieniker

(1) Die Krankenhaushygienikerin oder der Krankenhaushygieniker koordiniert die Surveillance und Maßnahmen der Prävention von nosokomialen Infektionen. Sie oder er berät die Leitung der Einrichtung sowie die ärztlich und pflegerisch Verantwortlichen in allen Fragen der Krankenhaushygiene, bewertet die vorhandenen Risiken und schlägt Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen vor.

(2) Die Qualifikation als Krankenhaushygienikerin oder -hygieniker besitzt, wer die Anerkennung als Fachärztin oder Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie erhalten hat. Die Qualifikation besitzt auch, wer approbierte Humanmedizinerin oder approbierter Humanmediziner ist, eine Facharztweiterbildung erfolgreich abgeschlossen hat und eine von einer Landesärztekammer anerkannte Zusatzbezeichnung auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene erworben oder eine durch eine Landesärztekammer anerkannte strukturierte, curriculare Fortbildung zur Krankenhaushygienikerin oder zum Krankenhaushygieniker erfolgreich absolviert hat.

(3) Einrichtungen nach § 1 Absatz 2 Nummer 1 und 3 mit einer Anzahl von 400 oder mehr aufgestellten Betten müssen mindestens eine Krankenhaushygienikerin oder einen Krankenhaushygieniker im Umfang einer Vollzeitstelle beschäftigen. Einrichtungen nach § 1 Absatz 2 Nummer 1 und 3 mit weniger als 400 aufgestellten Betten müssen eine Krankenhaushygienikerin oder einen Krankenhaushygieniker beschäftigen oder beauftragen, wobei sich der Umfang der Tätigkeit nach dem Verhältnis der Anzahl aufgestellter Betten der Einrichtung zu 400 bemisst. Krankenhäuser, in denen ausschließlich Patientinnen und Patienten mit psychiatrischen oder psychosomatischen Krankheiten behandelt werden, und Einrichtungen nach § 1 Absatz 2 Nummer 2 und 4 müssen sich mindestens halbjährlich im Rahmen einer Begehung durch eine Krankenhaushygienikerin oder einen Krankenhaushygieniker in einem Umfang von mindestens acht Stunden beraten lassen.“

Vorgaben für die Bestellung und die Tätigkeit einer Krankenhaushygienikerin bzw. eines Krankenhaushygienikers enthält auch die Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“, die zuletzt im Jahr 2009 neu gefasst wurde.[237] Zu Aufgaben, Anforderungen an die berufliche Qualifikation und organisatorische Stellung der Krankenhaushygienikerin bzw. des Krankenhaushygienikers ist dort ausgeführt:

„3.1.1 Aufgaben und Anforderungen an die berufliche Qualifikation

[237] Bundesgesundheitsblatt 2009, S. 951 ff.

Der/Die Krankenhaushygieniker/-in koordiniert als approbierte/r Humanmedizinerin/ -mediziner die Prävention und Kontrolle nosokomialer Infektionen in medizinischen Einrichtungen. Er/sie berät neben den ärztlich und pflegerisch Verantwortlichen auch die Leitung, bewertet die für die Entstehung nosokomialer Infektionen vorhandenen Risiken und bestimmt das notwendige und angemessene Risikomanagement. Weiterhin stellt der/die Krankenhaushygieniker/-in sicher, dass alle baulich-funktionell und betrieblich-organisatorischen Erfordernisse auf der Basis evidenzbasierter Leitlinien Berücksichtigung finden, und führt, gemeinsam mit der Hygienefachkraft (siehe unten), entsprechend § 23 Abs. 1 IfSG die Erfassung und Bewertung nosokomialer Infektionen durch. Er/sie koordiniert alle Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Rahmen der Infektionsprävention und des Ausbruchsmanagements und steht in Absprache mit der Klinikdirektion als Ansprechpartner für die zuständigen Gesundheitsbehörden zur Verfügung.

3.1.2 Stellung

Zur Erfüllung der Anforderungen an eine optimale krankenhaushygienische Versorgung ist es zweckmäßig, dass eine/ein hauptamtliche/r Krankenhaushygienikerin/-hygieniker eine eigenständige Organisationseinheit leitet, der dann auch die Hygienefachkräfte zugeordnet sind und eine die fachliche Unabhängigkeit gewährleistende Stabsfunktion innehat. Unter diesen Voraussetzungen ist sie/er dem Träger der Einrichtung gegenüber unmittelbar verantwortlich und in der ärztlichen Aufgabenzuweisung unabhängig. Für die Fachabteilungen wird sie/er beratend tätig. Bei Beratung durch externe Krankenhaushygieniker/-innen wird empfohlen, die Kooperation der/des Beratenden mit den hygienebeauftragten Ärzten/-innen und den Hygienefachkräften vertraglich zu vereinbaren.

(…)

3.1.4 Bedarf

Jede stationäre wie ambulante medizinische Einrichtung sollte organisatorisch sicherstellen, dass eine Beratung durch eine/n Krankenhaushygienikerin/-hygieniker gewährleistet ist. Bei stationären Einrichtungen wird als Richtgröße ab einer Zahl von 400 Betten eine/ein hauptamtliche/r Krankenhaushygienikerin/-hygieniker für sinnvoll erachtet. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Bedarf wesentlich vom Risikoprofil einer Einrichtung bestimmt wird.“

Vor Inkrafttreten der Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen am 5. April 2012 galt für das bremische Landesrecht die Krankenhaushygieneverordnung vom 9. April 1990. Nach deren § 5 hatte das Krankenhaus die Mitarbeit eines Krankenhaushygienikers oder einer Krankenhaushygienikerin entsprechend den Richtlinien des Bundesgesundheitsamtes durch Abschluss eines Vertrages sicherzustellen. Für Krankenhäuser mit mehr als 800 Betten war die Notwendigkeit der Einrichtung einer hauptamtlichen Stelle zu prüfen. Zum Zeitpunkt des Erlasses der Vorschrift galt die Richtlinie des Bundesgesundheitsamtes für Krankenhaushygiene in der Fassung der Bekanntmachung von 1989[238] mit folgendem Inhalt:

> *„Der Krankenhaushygieniker hat die Ärzte des Krankenhauses in allen Fragen der Krankenhaushygiene zu beraten. Er hat die Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen vorzuschlagen bzw. durchzuführen. Voraussetzung für eine Tätigkeit als Krankenhaushygieniker ist der Erwerb der Gebietsbezeichnung „Arzt für Hygiene“. (…) Da die Gebietsbezeichnung „Arzt für Hygiene“ erst vor wenigen Jahren eingeführt worden ist und daher eine ausreichende Zahl von Ärzten für Hygiene bislang nicht zur Verfügung stand, haben auch Kolleginnen und Kollegen aus verwandten Disziplinen (z. B. Ärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie sowie Vertreter der Veterinärmedizin oder der Naturwissenschaftlichen Mikrobiologie) die oben genannten Aufgaben bisher hauptamtlich wahrgenommen. Durch eine mindestens dreijährige Tätigkeit auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene haben sich diese Personen die erforderlichen Erfahrungen angeeignet und können daher die Aufgaben als hauptamtlicher Krankenhaushygieniker wahrnehmen. Ähnlich dem Anerkennungsverfahren für den Arzt für Hygiene kann diesem Personenkreis von einer zu bildenden Sektionskommission die Anerkennung oder ein Diplom als Krankenhaushygieniker von der DGHM[239]-Sektion III verliehen werden. Bei Neubesetzung sind zukünftig nur Ärzte für Hygiene mit den Aufgaben des Krankenhaushygienikers zu betreuen.“*

[238] Bundesgesundheitsblatt 1989, S. 422.

[239] Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie.

Über die Verweisung in § 5 der Krankenhaushygieneverordnung von 1990 wurde der Inhalt dieser Empfehlung bremisches Landesrecht. Denn es handelt sich bei diesem Verweis um eine statische Verweisung.[240]

Zusammenfassend ist festzustellen, dass nach bremischem Landesrecht seit Inkrafttreten der Krankenhaushygieneverordnung vom 9. April 1990 bei Neubesetzungen nur Ärztinnen bzw. Ärzte für Hygiene mit den Aufgaben einer Krankenhaushygienikerin bzw. eines Krankenhaushygienikers betraut werden durften. Die neue Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention, die mit Wirkung vom 5. April 2012 die vormals geltende Krankenhaushygieneverordnung ersetzt hat,[241] eröffnet in medizinischen Einrichtungen die Möglichkeit, bis zum Ablauf einer Übergangsfrist (31. Dezember 2016) auch fachlich geeignete Personen als Krankenhaushygienikerin bzw. Krankenhaushygieniker zu beschäftigen, die nicht die Anerkennung als Fachärztin oder Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie haben.

5.2.1.2. Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene

Das Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene ist aus der Abteilung „Allgemeine Hygiene“ des Landesuntersuchungsamts für Chemie, Hygiene und Veterinärmedizin, einer nachgeordneten Dienststelle unter der Fachaufsicht der Senatorin für Gesundheit, hervorgegangen. Seit dem 15. April 1990 nahm der Mikrobiologe[242] Herr Dr. Holländer hier die Aufgaben der Krankenhaushygiene wahr.[243] Er war seit 1990 für das Zentralkrankenhaus St.-Jürgen-Straße, das heutige Klinikum Bremen-Mitte, als Krankenhaushygieniker tätig[244] und daneben seit dem 1. Juni 1990 für das Zentralkrankenhaus Bremen-Ost[245] und seit

---

[240] Vgl. den Bericht Herr Staatsrat Professor Stauch, Bericht, Ausbruch von ESBL bildenden Klebsiella pneumoniae im Zentrum für Kinderheilkunde, Klinik Bremen-Mitte im Jahr 2011, Bremen, den 20. Dezember 2011, Band 50, S. 45 f. Die Richtlinie des Bundesgesundheitsamtes von 1989 ist dem Untersuchungsausschuss aus den Unterlagen von Herrn Dr. Holländer bekannt geworden; sie war in der senatorischen Behörde offensichtlich nicht präsent. Herr Staatsrat Professor Stauch bezieht sich in seinem Bericht auf eine Richtlinie des Bundesgesundheitsamtes aus dem Jahr 1976 als maßgeblich für den Inhalt des § 5 S. 1 der Krankenhaushygieneverordnung von 1990.

[241] Vgl. § 15 Abs. 2 HygInfVO.

[242] Vgl. zur beruflichen Qualifikation von Herr Dr. Holländer, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 7/855 f.

[243] Bescheinigung des Staatlichen Hygiene-Instituts der Freien Hansestadt Bremen vom 3 Juni 1993, Band 64, S. 178.

[244] Zeugnis des Zentralkrankenhauses Sankt-Jürgen-Straße vom 21. November 1995, Band 64, S. 67.

[245] Zeugnis des Zentralkrankenhauses Bremen-Ost vom 15. November 1995, Band 64, S. 69.

dem 25. September 1990 für das Krankenhaus St. Joseph-Stift.[246] 1997 gab das Robert Koch-Institut nach einem Rechtsstreit folgende Erklärung ab:

> *„Das RKI erklärt, dass aus seiner Sicht die nachgewiesene fachliche Qualifikation und berufliche Erfahrung von Herrn Dr. Holländer den Empfehlungen des Bundesgesundheitsamtes für als Krankenhaushygieniker Tätige entspricht.“*[247]

Im Jahr 2001 wurde die Abteilung „Allgemeine Hygiene“ des Landesuntersuchungsamtes für Chemie, Hygiene und Veterinärmedizin als eigenständige Organisationseinheit am damaligen Zentralkrankenhaus St.-Jürgen-Straße, dem heutigen Klinikum Bremen-Mitte, mit der Bezeichnung „Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene“ eingerichtet. Die Leitung übernahm der bisherige Abteilungsleiter Herr Dr. Holländer. Dem Institut wurden bei dessen Gründung neben dem Institutsleiter 4,5 Vollzeitkräfte zugewiesen.[248] Die Aufgaben des Instituts wurden bei der Einrichtung wie folgt beschrieben:

> *„Mikrobiologische Laboranalytik,*
>
> *externe krankenhaushygienische Betreuung nach nationalen und internationalen Standards,*
>
> *externe hygienische Betreuung niedergelassener Ärzte und Zahnärzte, Altenheime und Pflegedienste und sonstiger Gesundheitseinrichtungen.“*[249]

Die Selbstdarstellung des Instituts lautet hinsichtlich des die Krankenhaushygiene betreffenden Untersuchungsgegenstandes des parlamentarischen Untersuchungsausschusses:

> *„Das Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene stellt das Kompetenzzentrum für Krankenhaushygiene in Nordwestdeutschland*

---

[246] Referenz des Krankenhauses St. Joseph-Stift vom 19. Januar 1996, Band 64, S. 75.
[247] Vergleich zwischen Herrn Dr. Holländer und dem Robert Koch-Institut vom August/September 1997, Band 64, S. 6.
[248] Vorlage für die Sitzung des Krankenhausausschusses am 18. Oktober 2001, Band 24, S. 125 f.
[249] Vorlage für die Sitzung des Krankenhausausschusses am 18. Oktober 2001, Band 24, S. 125 f.

dar. Für Kliniken, niedergelassene ÄrztInnen und Institutionen des Gesundheitsdienstes wie Alten- und Altenpflegeheime, Beratungsstellen u.ä., werden im Rahmen von Beratungen und Labordienstleistungen die gesetzlichen und normativen Vorgaben, Empfehlungen und Richtlinien des Robert Koch-Institutes zur Einhaltung einer einwandfreien Hygiene durchgeführt.“[250]

Das Institut ist Bestandteil des Klinikums Bremen-Mitte und von dessen Organisations- und Geschäftsverteilungsplan umfasst, arbeitet daher für das Klinikum nicht auf vertraglicher Basis.[251] Der Leiter ist Beschäftigter des Klinikums Bremen-Mitte[252] und berät die Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte. Daneben ist er als Krankenhaushygieniker auch für die drei übrigen Krankenhäuser der Gesundheit Nord und weitere Krankenhäuser tätig.[253] Ein Weisungsrecht des Institutsleiters hinsichtlich der gesamten Hygiene in den Kliniken und der damit befassten Beschäftigten des Klinikums Bremen-Mitte bestand daher nicht, sondern nur gegenüber den Beschäftigten des Instituts.[254] Eine Kooperationsvereinbarung des Instituts mit der senatorischen Behörde existiert nicht.[255]

Ab 2007 bis zu seiner Freistellung am 29. Februar 2012 leitete Herr Dr. Kappler das Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene.

Zum 1. Juni 2012 übernahm der Arzt[256] Herr Eikenberg, der Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin mit einer Befähigung zur Weiterbildung ist, die Leitung des Institutes für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene.[257]

5.2.1.3. Qualifikation des Krankenhaushygienikers am Klinikum Bremen-Mitte

Wie oben dargestellt, wird hinsichtlich der Qualifikation der Krankenhaushygienikerin bzw. des Krankenhaushygienikers nach bremischem Landesrecht bereits seit Erlass

---

[250] http://www.gesundheitnord.de/877.html#c4028, Stand: 9. August 2012.
[251] Herr Dr. Holländer, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 7/856.
[252] Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3849.
[253] Herr Dr. Holländer, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 7/865; „20 Kliniken“ laut Pressebericht vom 19. Februar 2002, Band 24, S. 132.
[254] Herr Dr. Holländer, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 7/859.
[255] Herr Dr. Götz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2843.
[256] Herr Eikenberg, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 30/4394.
[257] Weser-Kurier vom 7. Juni 2012.

der Krankenhaushygieneverordnung von 1990 durch die Verweisung auf die Richtlinie des Bundesgesundheitsamtes für Krankenhaushygiene in der Fassung von 1989 der Erwerb der Gebietsbezeichnung „Arzt für Hygiene“ gefordert. Ärzten für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie sowie Vertretern der Veterinärmedizin oder der naturwissenschaftlichen Mikrobiologie konnte nach einer mindestens dreijährigen Tätigkeit auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene eine Anerkennung als Krankenhaushygieniker verliehen werden. Bei Neubesetzungen waren jedoch nur Ärzte für Hygiene mit den Aufgaben des Krankenhaushygienikers zu betrauen.

Diesen rechtlichen Anforderungen entsprach die Beschäftigung von Herrn Dr. Holländer. Er war bereits zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Krankenhaushygieneverordnung von 1990 im Dienst und erlangte zudem eine Anerkennung durch das Robert Koch-Institut.

Die Bestellung des Mikrobiologen Herrn Dr. Kappler zum Leiter des Institutes für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene und die damit verbundene Übernahme der Aufgabe eines Krankenhaushygienikers u. a. für das Klinikum Bremen-Mitte im Jahr 2007 verstieß dagegen gegen geltendes bremisches Landesrecht. Die Gesundheit Nord hat diesen Mangel nunmehr auch aufgrund der Arbeit des parlamentarischen Untersuchungsausschusses erkannt und abgestellt. Bereits im 10-Punkte-Programm, das die Gesundheit Nord sich zur Verbesserung der Hygiene aufgestellt hatte, ist unter Ziffer 5 aufgeführt, dass ein Facharzt für Hygiene eingestellt werden sollte. Es ist daher zu begrüßen, dass es trotz der geringen Anzahl von entsprechenden Fachärzten nunmehr gelungen ist, mit Herrn Eikenberg einen entsprechend qualifizierten Arzt als Krankenhaushygieniker zu gewinnen.

Herr Dr. Kappler verfügte über eine fachliche Qualifikation und berufliche Erfahrung als Mikrobiologe am Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene. Allein die Tatsache der „gefundenen“ Proben aus 2009 rechtfertigt aber ein gewisses Misstrauen.

5.2.1.4. Erfordernis einer Vollzeitstelle am Klinikum Bremen-Mitte

Seit April 2012 sind im Land Bremen Krankenhäuser mit einer Anzahl von 400 oder mehr aufgestellten Betten verpflichtet, mindestens eine Vollzeitstelle für eine Krankenhaushygienikerin/ einen Krankenhaushygieniker bereitzustellen. Zuvor war

nach bremischem Landesrecht für Krankenhäuser mit mehr als 800 Betten die Notwendigkeit der Einrichtung einer hauptamtlichen Stelle zu prüfen. Es bestand mithin keine normierte Pflicht für ein Krankenhaus, eine Krankenhaushygienikerin bzw. einen Krankenhaushygieniker zu beschäftigen. Auch die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention sind insoweit nicht bindend formuliert: eine hauptamtliche Stelle für stationäre Einrichtungen ab 400 Betten wird „für sinnvoll erachtet“. Die KRINKO empfiehlt zur organisatorischen Stellung der Krankenhaushygienikerin bzw. des Krankenhaushygienikers, dass diese bzw. dieser eine die fachliche Unabhängigkeit gewährleistende Stabsfunktion innehat und eine eigenständige Organisationseinheit leitet, der dann auch die Hygienefachkräfte zugeordnet sind.

Ausweislich einer Aufstellung vom 11. November 2011 hatte das Klinikum Bremen-Mitte zu diesem Zeitpunkt 966 Betten.[258] Seit April 2012 ist das Klinikum Bremen-Mitte daher verpflichtet, eine hauptamtliche Krankenhaushygienikerin bzw. einen hauptamtlichen Krankenhaushygieniker zu beschäftigen. Dem entspricht die derzeitige Lage nicht. Zwar ist Herr Eikenberg mit seinem Institut an das Krankenhaus Bremen-Mitte angegliedert, er ist jedoch nicht nur für das Krankenhaus Bremen-Mitte tätig, sondern zumindest auch für die drei anderen Krankenhäuser der Gesundheit Nord.[259]

Dieses Problem wird auch von der Geschäftsführerin der Gesundheit Nord gesehen. Frau Dernedde führte hierzu gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss aus, sie werde kurzfristig mit Herrn Eikenberg erörtern, welchen Personalbedarf er in seinem Institut habe. Das Problem sei die Marktlage in diesem Bereich. Es sei nicht so einfach, Ärzte mit der erforderlichen Qualifikation zu bekommen. Die neue bremische Hygieneverordnung sehe ja ganz klar einen ärztlichen Personalbedarf vor, und der sei eben deutlich höher als ein Arzt für alle vier Krankenhäuser des Klinikverbundes. Herr Eikenberg erfülle aber auch die Anforderungen, um eine Weiterbildung auf den Weg zu bringen. Es sei geplant, sowohl ärztliche als auch pflegerische Mitarbeiter weiterzubilden.[260]

Es ergeben sich für den parlamentarischen Untersuchungsausschuss keine Hinweise darauf, dass von Seiten des Klinikums Bremen-Mitte oder der Gesundheit Nord bereits

---

[258] E-Mail von Herrn Radlow an Herrn Dr. Götz vom 11. November 2011, Band 5, S. 91.
[259] Herr Eikenberg, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 30/4405.
[260] Frau Dernedde, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 23/3310.

in der Zeit vor dem Inkrafttreten der Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention das Erfordernis eines hauptamtlichen Krankenhaushygienikers allein für das Klinikum Bremen-Mitte in Erwägung gezogen wurde. Angesichts der Größe und des Behandlungsspektrums des Klinikums wäre eine solche Prüfung durchaus angezeigt gewesen.

Bei der Beurteilung der Ausstattung eines Krankenhauses mit Krankenhaushygienikern ist zu berücksichtigen, dass nach Angaben der Experten gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss eine ausreichende Anzahl von ausgebildeten ärztlichen Krankenhaushygienikerinnen bzw. Krankenhaushygienikern in den letzten Jahren nicht zur Verfügung stand und auch derzeit nicht zur Verfügung steht.[261] Herr Professor Dr. Popp hielt es bei seiner Anhörung durch den parlamentarischen Untersuchungsausschuss aber für gesichert, dass zum 31. Dezember 2016, dem Ablauf der Übergangszeit nach § 23 Abs. 8 Ziffer 3 Infektionsschutzgesetz, eine ausreichende Anzahl von Fachpersonal zur Verfügung stehen wird.[262]

5.2.1.5. Sichtweise der senatorischen Behörde

Mit der Umstrukturierung im Jahr 2001 stand das Institut unter der Leitung zunächst des Zentralkrankenhauses St.-Jürgen-Straße und später der Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte. Eine Fachaufsicht der senatorischen Behörde besteht nicht mehr. Dies bestätigte auch der Referent für Infektionsschutz bei der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit, Herr Christelsohn, gegenüber dem Untersuchungsausschuss.[263] Trotz dieser rechtlichen Lage betonte Herr Dr. Götz in einem Schreiben vom 5. März 2003 an den Institutsleiter, die Fachaufsicht über das Institut liege bei der senatorischen Behörde.[264] Zudem ist im Geschäftsverteilungsplan der senatorischen Behörde – Stand 11/2007 – unter den Aufgaben von Herrn Christelsohn auch der Punkt „Fachaufsicht über das Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene“ aufgeführt.[265] Herr Christelsohn führte dazu

---

[261] Herr Dr. Holländer, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 7/867; Herr Dr. Zastrow, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme 2/208; Herr Dr. Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme 33/4834 f.

[262] Herr Professor Dr. Popp, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 32/4814 f.

[263] Herr Christelsohn, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 14/1840.

[264] Schreiben der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales vom 5. März 2003, Band 24, S. 216.

[265] Geschäftsverteilungsplan der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (Stand: 11/2007), Band 26, S. 308.

aus, er sei sich dieser Aufgabe zu keinem Zeitpunkt bewusst gewesen; ihm gegenüber sei auch nie angesprochen worden, dass er diese Aufgabe wahrzunehmen habe.[266] Der Geschäftsverteilungsplan ist den tatsächlichen Gegebenheiten anzupassen.

Hinsichtlich der Qualifikationsanforderungen für die Position einer Krankenhaushygienikerin bzw. eines Krankenhaushygienikers war in der senatorischen Behörde unbekannt, dass die Krankenhaushygieneverordnung von 1990 durch den Verweis auf die Richtlinie des Bundesgesundheitsamtes in der Fassung von 1989 bei Neueinstellungen eine ärztliche Qualifikation erforderte. Dies ergibt sich aus einem Schreiben von Herrn Dr. Götz vom 26. Februar 2009, in dem dieser zum Entwurf der KRINKO-Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention und Kontrolle von Infektionen als Folge medizinischer Maßnahmen“ Stellung nahm.[267] Herr Dr. Götz führt hier aus, Bremen halte es nicht für erforderlich, als Krankenhaushygieniker ausschließlich approbierte Ärzte vorzuschreiben, was Bremen aufgrund des Verweises in der Krankenhaushygieneverordnung allerdings tatsächlich tat. Die Qualifikation des damaligen Leiters des Institutes für Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene wurde in der senatorischen Behörde erst im Zusammenhang mit dem Keimausbruch in der Neonatologie des Klinikums Bremen-Mitte problematisiert.

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss begrüßt, dass die neue Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen in § 6 Abs. 2 detailliert die fachlichen Anforderungen an einen Krankenhaushygieniker regelt und insofern nicht mehr auf Richtlinien der KRINKO verwiesen wird. Dies vermeidet Unklarheiten, wie sie zuvor bestanden.

5.2.2. Hygienebeauftrage Ärzte

Hygienebeauftragte Ärzte haben die Aufgabe, in enger Zusammenarbeit und in Ergänzung mit dem Hygienefachpersonal die notwendigen, auf ihren Verantwortungsbereich zugeschnittenen Hygienemaßnahmen umzusetzen, wie auch

---

[266] Herr Christelsohn, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 14/1840.

[267] Schreiben der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales vom 26. Februar 2009, Band 4, S. 276.

den Ursachen nosokomialer Infektionen nachzugehen, um möglichst zeitnah Maßnahmen einzuleiten.[268]

5.2.2.1. Vorgaben

Die bremische Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen vom 5. April 2012 verpflichtet bestimmte medizinische Einrichtungen, eine hygienebeauftragte Ärztin oder einen hygienebeauftragten Arzt zu bestellen und im erforderlichen Umfang freizustellen. Der insoweit einschlägige § 7 lautet:

> *„§ 7 Hygienebeauftragte Ärztin und hygienebeauftragter Arzt*
>
> *(1) Die hygienebeauftragte Ärztin oder der hygienebeauftragte Arzt ist Ansprechperson und Multiplikator und unterstützt das Hygienefachpersonal in ihrem oder seinem Verantwortungsbereich. Sie oder er wirkt bei der Einhaltung der Regeln der Hygiene und Infektionsprävention mit und regt Verbesserungen der Hygienepläne und Funktionsabläufe an. Sie oder er wirkt außerdem bei der hausinternen Fortbildung des Krankenhauspersonals in der Krankenhaushygiene mit. Für die Wahrnehmung dieser Aufgaben ist sie oder er im erforderlichen Umfang freizustellen.*
>
> *(2) Als hygienebeauftragte Ärztin oder als hygienebeauftragter Arzt darf nur bestellt werden, wer eine Anerkennung als Fachärztin oder als Facharzt erhalten hat und an einer von einer Landesärztekammer anerkannten strukturierten curricularen Fortbildung als hygienebeauftragte Ärztin oder als hygienebeauftragter Arzt im Umfang von mindestens 40 Stunden mit Erfolg teilgenommen hat.*
>
> *(3) Jede medizinische Einrichtung nach § 1 Absatz 2 Nummer 1, 3 und 5 hat mindestens eine hygienebeauftragte Ärztin oder einen hygienebeauftragten Arzt zu bestellen. In Krankenhäusern mit mehreren Fachabteilungen mit besonderem Risikoprofil für nosokomiale Infektionen soll für jede Fachabteilung eine hygienebeauftragte Ärztin oder ein hygienebeauftragter Arzt bestellt werden. Als Maßstab wird die Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ der Kommission für*

[268] KRINKO-Empfehlung, Bundesgesundheitsblatt 2009, S. 955.

Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (Bundesgesundheitsblatt 2009, 951) herangezogen.“

Auch die bis zum 5. April 2012 geltende Krankenhaushygieneverordnung vom 9. April 1990 sah die Bestellung hygienebeauftragter Ärztinnen bzw. Ärzte vor. Allerdings handelte es sich nicht um eine rechtliche Verpflichtung, sondern um eine sog. „Soll-Vorschrift“; eine Freistellung war nicht vorgesehen. Die entsprechende Vorschrift der Krankenhaushygieneverordnung lautete:

„§ 6 Hygienebeauftragte(r)

Die ärztliche Leitung bestellt im Einvernehmen mit der Hygienekommission einen erfahrenen Arzt oder eine erfahrene Ärztin als Hygienebeauftragte(n), der/die entsprechend den Richtlinien des Bundesgesundheitsamtes fortgebildet ist. In Krankenhäusern mit mehr als 500 Betten sollen mehrere Hygienebeauftragte bestellt werden. Der/Die Hygienebeauftragte führt die von der ärztlichen Leitung festgestellten Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen im Einvernehmen mit dem Krankenhaushygieniker oder der Krankenhaushygienikerin und in Zusammenarbeit mit der Hygienefachschwester bzw. dem Hygienefachpfleger durch.“

Die Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ enthält Angaben zu Qualifikationen und Aufgaben der hygienebeauftragten Ärztinnen und Ärzte. Voraussetzung einer Bestellung ist danach eine Facharztqualifikation im klinischen Zuständigkeitsbereich. Als Aufgaben sind aufgeführt:

„Betrieblich-organisatorisch:

– Vermittlung von Entscheidungen aus der Hygienekommission in ihre Bereiche

– Bindeglied zwischen dem Behandlungs- und dem Hygieneteam

– Mitglied der Hygienekommission

– Mitarbeit in speziellen Arbeitsgruppen zu Fragen der Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (Mitsprache bei der Erarbeitung von Standards)

Abteilungs-/bereichsbezogene Unterstützung des Hygienefachpersonals

– bei der Analyse der bereichsspezifischen Infektionsrisiken

– beim Erstellen des bereichsspezifischen Hygieneplans

– bei der Fortbildung des Personals im Bereich Krankenhaushygiene und Infektionsprävention

– bei der Durchführung der Infektionssurveillance im Zuständigkeitsbereich (Erreichen eines Konsenses über die erfassten Ereignisse)

Optimierung des Antibiotikagebrauchs

Im seinem/ihrem medizinischen Verantwortungsbereich trägt der/die hygienebeauftragte Arzt/Ärztin dazu bei, den Einsatz von Antibiotika in Zusammenarbeit mit der klinisch-medizinischen Mikrobiologie und der klinischen Infektiologie auf der Basis von patientenspezifischen Aspekten, Surveillance- und Resistenzdaten zu optimieren.

Ausbruchsmanagement

– Zeitnahes Erkennen und Melden von Infektionsausbrüchen (schon bei begründetem Verdacht) an die ärztliche Leitung, das Hygienefachpersonal und gegebenenfalls das Gesundheitsamt

– Verantwortlich für die Abklärung infektiöser Komplikationen

– Einleiten von Gegenmaßnahmen in enger Abstimmung mit den übrigen Hygienemitarbeiter/-innen

– Mitwirkung beim Ausbruchsmanagement (Mitglied des Ausbruchsteams).“[269]

Des Weiteren wird, um den hygienebeauftragten Ärzten eine gewissenhafte Erfüllung ihrer Aufgaben zu ermöglichen und auszuschließen, dass sie in Konflikt zu ihren klinischen Tätigkeiten kommen, empfohlen, den Umfang der Freistellung von regelmäßig mehreren Wochenarbeitsstunden zur Erfüllung der definierten zusätzlichen Aufgaben vertraglich zu fixieren. Jedes Krankenhaus sollte mindestens eine/n hygienebeauftragte/n Ärztin/Arzt berufen. In Behandlungszentren mit mehreren organisatorisch getrennten Abteilungen mit speziellem Risikoprofil für nosokomiale Infektionen (zum Beispiel Hämatologie-Onkologie, internistische Intensivmedizin, Chirurgie mit Intensivstation, Neurochirurgie, Pädiatrie) sollte jede Fachabteilung eine/n hygienebeauftragte/n Ärztin/Arzt benennen.

[269] Bundesgesundheitsblatt 2009, S. 951 ff.

5.2.2.2. Hygienebeauftragte Ärzte am Klinikum Bremen-Mitte

Am Krankenhaus Bremen-Mitte werden für die jeweiligen Fachbereiche durch die Ärztliche Geschäftsführung hygienebeauftragte Ärzte benannt.[270] Ausweislich einer Aufstellung mit Stand 17. Mai 2011 gab es vier hygienebeauftragte Oberärzte. [271]

Für die Neonatologie war Herr Dr. Schwalm der hygienebeauftragte Arzt.[272] Herr Dr. Schwalm ist Facharzt für Pädiatrie mit einer Schwerpunktausbildung in Neonatologie und Pädiatrischer Intensivmedizin .[273] Seine Bestellung entsprach damit den Vorgaben der Krankenhaushygieneverordnung von 1990 und den Empfehlungen der KRINKO. Dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss liegen keine Erkenntnisse dazu vor, ob Herr Dr. Schwalm die nach § 7 Abs. 2 der seit April 2012 geltenden Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen erforderliche Fortbildung absolviert hat. Da Herr Dr. Schwalm vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss die Aussage verweigerte, konnte er auch hierzu nicht näher befragt werden. Nach Kenntnis des parlamentarischen Untersuchungsausschusses wird Herr Dr. Schwalm für seine Tätigkeit als hygienebeauftragter Arzt nicht von anderen Tätigkeiten freigestellt.[274] Dies war bis zum Inkrafttreten der neuen Hygieneverordnung – also auch zum Zeitpunkt der Aussage von Herrn Dr. Körner – nicht gesetzlich vorgeschrieben. Der Senat hat mit der neuen Hygieneverordnung nunmehr einen deutlich höheren Hygienestandard etabliert, indem § 7 Abs. 1 Satz 4 der neuen Verordnung eine verpflichtende Freistellung vorsieht. Dies begrüßt der parlamentarische Untersuchungsausschuss ausdrücklich.

5.2.3. Hygienefachkräfte

Die Hygienefachkräfte (Fachgesundheits- und Krankenpfleger/-pflegerinnen für Hygiene und Infektionsprävention) sind im klinischen Alltag zentrale Ansprechpartner in Hygienefragen für alle Berufsgruppen. Sie vermitteln die Maßnahmen und Inhalte von

---

[270] Tätigkeiten der hygienebeauftragten Ärzte im Klinikum Bremen-Mitte, Stand: 17. Juni 2008, Band 14, S. 308.

[271] Organigramm der Krankenhaushygiene, Stand: 17. Mai 2011, Band 14, S. 305.

[272] Gehäuftes Auftreten von Klebsiellen ESBL auf der Station 4027, Protokoll Nr. 2 vom 12. September 2011, Band 8, S. 5.

[273] http://www.gesundheitnord.de/krankenhaeuserundzentren/krankenhaeuser/kbm/klinikum-bremen-mitte/profhesskinderklinik/neonatologie/team.

[274] Herr Dr. Körner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 9/1033.

Hygieneplänen und tragen damit vorwiegend im pflegerischen Bereich zur Umsetzung infektionspräventiver Maßnahmen bei.[275]

5.2.3.1. Vorgaben

Die Bremische Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen verpflichtet medizinische Einrichtungen, Hygienefachkräfte entsprechend der Richtlinien der KRINKO zu bestellen. Der insoweit einschlägige § 5 lautet:

> *„§ 5 Hygienefachkräfte*
>
> *(1) Hygienefachkräfte sind im klinischen Alltag zentrale Ansprechpartner für alle Berufsgruppen und tragen damit zur Umsetzung infektionspräventiver Maßnahmen bei. Sie vermitteln die Maßnahmen und Inhalte von Hygieneplänen, wirken bei deren Erstellung mit, kontrollieren die Umsetzung empfohlener Hygienemaßnahmen, führen hygienisch-mikrobiologische Umgebungs-untersuchungen durch, wirken bei der Erfassung und Bewertung nosokomialer Infektionen und von Erregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen mit und helfen bei der Aufklärung und dem Management von Ausbrüchen. Sie arbeiten eng in Abstimmung und im Einvernehmen mit der Krankenhaushygienikerin oder dem Krankenhaushygieniker zusammen.*
>
> *(2) Die Qualifikation für die Wahrnehmung der Aufgaben einer Hygienefachkraft besitzt, wer berechtigt ist, eine Berufsbezeichnung nach dem Krankenpflegegesetz zu führen, über eine mindestens dreijährige Berufserfahrung verfügt und eine Weiterbildung zur Fachgesundheits- und Krankenpflegerin oder -pfleger, Fachkindergesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder –pfleger für Hygiene- und Infektionsprävention an einer staatlich anerkannten Weiterbildungsstätte mit einer staatlichen Prüfung erfolgreich abgeschlossen hat.*
>
> *(3) Der Personalbedarf für Hygienefachkräfte in medizinischen Einrichtungen nach § 1 Absatz 2 Nummer 1 bis 5 muss das Behandlungsspektrum der Einrichtung und das Risikoprofil der dort behandelten Patientinnen und Patienten berücksichtigen. Er ist auf der Grundlage dieser Risikobewertung gemäß der*

[275] KRINKO Richtlinie, Bundesgesundheitsblatt 2009, S. 955 ff.

Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (Bundesgesundheitsblatt 2009, 951) zu ermitteln.“

Auch die bis zum 5. April 2012 geltende Krankenhaushygieneverordnung vom 9. April 1990 verpflichtete die Leiter von Krankenhäusern, für bestimmte infektionsrelevante Bereiche Hygienefachkräfte zu beschäftigten. Die entsprechende Vorschrift lautete:

„§ 7 Hygienefachkraft

Krankenhäuser haben für besonders infektionsrelevante Bereiche, insbesondere Chirurgie, Orthopädie, Urologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderheilkunde, Infektionskrankheiten einschließlich Tuberkulose, Intensivmedizin, Dialyse und Maximalversorgung in der Inneren Medizin, eine Hygienefachkraft für jeweils 300 Betten hauptamtlich zu beschäftigen. Für die übrigen Fachbereiche der Krankenhäuser für Akutkranke wird eine Hygienekraft für 600 Betten berechnet. Die Hygienefachkraft hat infektionsprophylaktische Maßnahmen durchzuführen, insbesondere Hygienepläne in Zusammenarbeit mit dem Krankenhausdesinfektor oder der Krankenhausdesinfektorin zu erstellen, die auch Desinfektions-, Sterilisations- und Reinigungspläne enthalten müssen. Die Hygienefachkräfte sind der ärztlichen Leitung direkt unterstellt.“

Die Empfehlung der KRINKO fordert für Hygienefachkräfte eine staatliche Anerkennung zum/zur Gesundheits- und Krankenpfleger/-in mit mindestens dreijähriger Berufserfahrung und eine Weiterbildung zur Hygienefachkraft. Zu deren Aufgaben wird ausgeführt:

„Aufgaben betrieblich-organisatorisch

– Erstellung von Hygiene-, Reinigungs- und Desinfektionsplänen auf der Basis von Leitlinien

– Beratungstätigkeit im Rahmen der Beschaffung medizinischer Güter/Materialien

– Beratung von Patienten/-innen und Angehörigen

– Teilnahme, Vor- und Nachbereitung amtsärztlicher Begehungen in Abstimmung mit den Krankenhaushygienikern/hygienebeauftragten Ärzten/Ärztinnen

– Mitwirkung bei Maßnahmen interner und externer Qualitätssicherung in der Krankenhaushygiene

– Teilnahme an hygienerelevanten Arbeitskreisen, Projekten und Qualitätszirkeln

– Durchführung und Dokumentation von Beratungen, Schulungen und Begehungen

– Organisation von hygienerelevanten Betriebsabläufen

Baulich-funktionell

– Vor-Ort-Überwachung von Baumaßnahmen

– Planung der Ablauforganisation

Abteilungs-/Bereichsbezogen

– Implementierung der hygienischen Vorgaben in die Pflegestandards und entsprechende Beratung des Personals

– Kontrolle der Umsetzung von empfohlenen Hygienemaßnahmen

– Überwachung der Umsetzung von Empfehlungen in Ver- und Entsorgungsbereichen

– Hilfestellung vor Ort bei der Anwendung von Infektionspräventionsmaßnahmen

– Schulung des Personals im Rahmen von Einzelgesprächen und Schulungsveranstaltungen

Hygienisch-mikrobiologische Untersuchungen

– Entnahme qualitätssichernder hygienisch-mikrobiologischer Umgebungsuntersuchungen

Surveillance

– Erfassung und Dokumentation von nosokomialen Infektionen in Abstimmung mit den hygienebeauftragten Ärzten/-innen/Krankenhaushygienikern/-innen

– Mitarbeit bei der Erfassung und Bewertung von Erregern mit besonderen Eigenschaften (zum Beispiel Resistenzen/Multiresistenzen)

– Teilnahme an der Erstellung von Infektionsstatistiken

– Kenntnisse über mögliche Infektionswege

Ausbruchmanagement

– Mithilfe bei der Aufklärung von Transmissionsketten im Rahmen des Ausbruchmanagements

– Mitwirkung bei der Erstellung des Abschlussberichtes

– Mitwirkung bei der Festlegung von Maßnahmen zur zukünftigen Verhinderung von Ausbrüchen.“[276]

Nach der Krankenhaushygieneverordnung von 1990 war grundsätzlich eine Hygienefachkraft pro 600 Betten zu beschäftigen. Für besonders infektionsrelevante Bereiche - insbesondere Chirurgie, Orthopädie, Urologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderheilkunde, Infektionskrankheiten einschließlich Tuberkulose, Intensivmedizin, Dialyse und Maximalversorgung in der Inneren Medizin - war eine Hygienefachkraft pro 300 Betten gefordert. Nach der Empfehlung der KRINKO und der neuen Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen erfolgt die Ermittlung des Bedarfes an Hygienefachkräften anhand einer Risikoeinschätzung. Für den höchsten Risikobereich besteht ein Bedarf von einer Hygienefachkraft pro 100 Betten, für den mittleren Risikobereich ein Bedarf von einer Hygienefachkraft pro 200 Betten und für den niedrigen Risikobereich ein Bedarf von einer Hygienefachkraft pro 500 Betten.[277] Wie sich aus § 23 Abs. 8 Infektionsschutzgesetz ergibt, der den Ländern eine Frist bis zum 31. März 2012 ließ, um durch eine Hygieneverordnung die erforderliche Ausstattung mit Hygienefachkräften festzulegen, enthielt die KRINKO-Empfehlung davor keine rechtlich verbindlichen Vorgaben. Zudem ist es nach dem Infektionsschutzgesetz zulässig, dass die Länder Übergangsvorschriften bis zum 31. Dezember 2016 festlegen, so dass erst zu diesem Zeitpunkt die Vorgaben der KRINKO nach den bundesgesetzlichen Vorgaben eingehalten werden müssen. Hiervon hat der bremische Gesetzgeber in der neuen Verordnung Gebrauch gemacht.

5.2.3.2. Hygienefachkräfte am Klinikum Bremen-Mitte

Am Klinikum Bremen-Mitte sind drei Hygienefachkräfte mit einem Stellenumfang von 2,5 VK (1x VZ, 2 x 28,88h) tätig:[278] Frau Benz, Frau Murthi und Frau Mietzner. Hinzu kommt eine Verwaltungskraft mit 18 Arbeitsstunden.[279] Ausweislich des Organigramms der Krankenhaushygiene Stand 17. Mai 2011 oblag Frau Benz die Leitung der der

[276] Bundesgesundheitsblatt 2009, S. 956.
[277] Bundesgesundheitsblatt 2009, S. 958.
[278] Jahresbericht der Krankenhaushygiene 2010, Band 14, S. 7-300.
[279] Jahresbericht der Krankenhaushygiene 2010, Band 14, S. 7-300.

Krankenhaushygiene zugeordneten Fachkräfte für Hygiene und Infektionsprävention, zuständig für die Neonatologie war Frau Mietzner.[280]

Die Anzahl der Hygienefachkräfte am Krankenhaus Bremen-Mitte entsprach mit einer Relation von 2,5 VK zu 966 Betten in etwa den Vorgaben der Krankenhaushygieneverordnung von 1990. Eine Berechnung des Bedarfes anhand der Risikobereiche nach der KRINKO-Empfehlung von 2009 entsprechend der Vorgaben der neuen Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen ist nach Kenntnis des Ausschusses auf der Ebene der Gesundheit Nord nicht erfolgt. Allerdings ist auf Anfrage von Herrn Professor Dr. Huppertz vom 14. Oktober 2010 von der Hygienefachkraft Frau Benz eine Berechnung aufgrund der KRINKO-Empfehlung von 2009 erstellt und mit Schreiben vom 3. November 2010 an Herrn Professor Dr. Huppertz übersandt worden. Demnach errechne sich ein Personalbedarf von mindestens 4,5 VK.[281] Wie der Sachverständige Dr. Weißgerber vor dem Untersuchungsausschuss aussagte, war die Zahl der Hygienefachkräfte, gemessen an den Empfehlungen der KRINKO, ebenfalls nicht ausreichend, es bestehe weiterer Bedarf.[282] Herr Staatsrat Professor Stauch errechnet in seinem Bericht einen Bedarf von etwa vier Stellen;[283] nach Ansicht von Herrn Professor Dr. Popp sind 4,5 Stellen erforderlich.[284]

5.2.3.3. Hygienebeauftragte in der Pflege

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss empfiehlt, dass die in der KRINKO-Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ vorgesehenen Hygienebeauftragten in der Pflege in die neue „Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen“ vom 5. April 2012 aufgenommen werden und ausreichende Qualifizierungsangebote zum Hygienebeauftragten in der Pflege vorzuhalten.

---

[280] Organigramm der Krankenhaushygiene, Stand: 17. Mai 2011, Band 14, S. S. 7-305.

[281] Schreiben von Frau Benz an Herrn Professor Dr. Huppertz vom 3. November 2011, Band 124, S. 220 ff.

[282] Herr Dr. Weißgerber, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/525.

[283] Herr Staatsrat Professor Stauch, Bericht zum Ausbruch von ESBL-bildenden Klebsiella pneumoniae im Zentrum für Kinderheilkunde, Klinikum Bremen-Mitte, Bremen, den 20. Dezember 2011, Band 50, S. 49.

[284] Gutachten des Herrn Professor Dr. Popp für die Staatsanwaltschaft, Band 207, S. 215

5.3. Organisation

Neben den personellen Voraussetzungen müssen im Krankenhaus organisatorische Strukturen geschaffen werden, die ein funktionierendes Hygienemanagement sicherstellen. Zur Gewährleistung der erforderlichen Kommunikationsstrukturen verlangt der Gesetzgeber die Einrichtung einer Hygienekommission. Daneben hat die organisatorische Einbindung des Hygienepersonals Bedeutung für das Funktionieren der Krankenhaushygiene.

5.3.1. Organisatorische Einbindung des Hygienepersonals

Von dem vom parlamentarischen Untersuchungsausschuss vernommenen Sachverständigen Herrn Dr. Weißgeber wurde empfohlen, die Krankenhaushygiene in einer Organisationseinheit mit klaren Verantwortlichkeiten zusammenzufassen. Herr Dr. Weißgerber vom Deutschen Beratungszentrum für Hygiene führte bei seiner Anhörung aus, es sei günstig, wenn der Krankenhaushygieniker eine von den Chefärzten unabhängige Stabstelle innehabe, der die Hygienefachkräfte unterstellt seien.[285] Dies entspricht den Empfehlungen der KRINKO, nach denen die Hygienefachkräfte einer/einem hauptamtlichen Krankenhaushygienikerin/ Krankenhaushygieniker fachlich und dienstlich zugeordnet sein sollen.[286] Daneben solle nach den KRINKO-Empfehlungen die fachliche Zusammenarbeit der hygienebeauftragten Ärztinnen und Ärzte mit der/dem Krankenhaushygienikerin/ Krankenhaushygieniker in betriebsinternen Vereinbarungen festgelegt sein.[287]

5.3.1.1. Hygieneverantwortlichkeit in der Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte

Bis zu seinem Rücktritt von dieser Position am 10. November 2011[288] nahm Herr Professor Dr. Huppertz als stellvertretender Ärztlicher Geschäftsführer die Tätigkeit des Hygieneverantwortlichen am Klinikum Bremen-Mitte wahr. Dem zugrunde lag eine Vereinbarung über die Geschäftsverteilung der Ärztlichen Geschäftsführung des

---

[285] Herr Dr. Weißgeber, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/526.
[286] Bundesgesundheitsblatt 2009, S. 956.
[287] Bundesgesundheitsblatt 2009, S. 955.
[288] E-Mail von Frau Kohls im Auftrag von Herrn Professor Dr. Huppertz an Herrn Dr. Wunderle vom 10. November 2011, Band 8, S. 121.

Klinikums Bremen-Mitte vom 1. April 2009.[289] Danach wurden Teile des Aufgabenbereiches der damaligen Ärztlichen Geschäftsführerin Frau Dr. Kuss auf Herrn Professor Dr. Huppertz und Herrn Dr. Neubauer übertragen. Jeder Beteiligte übernahm für seinen Aufgabenbereich die primäre Verantwortlichkeit. Herr Professor Dr. Huppertz übernahm als stellvertretender Ärztlicher Geschäftsführer unter anderem die Aufgabenbereiche „Hygieneverantwortlicher“ und „Institut für Hygiene“. Die Vereinbarung war unterzeichnet von Frau Dr. Kuss, Herrn Professor Dr. Huppertz und Herrn Dr. Neubauer.

Es ist bereits sehr fraglich, ob die Ärztliche Geschäftsführerin auf diesem Weg rechtlich bindend Teile ihrer Kompetenzen und Verantwortlichkeiten auf andere Personen übertragen konnte. So fehlt bei der Vereinbarung jede Beteiligung der anderen Geschäftsführer des Klinikums Bremen-Mitte und der Gesellschafterin.[290] Jedenfalls wurde die Vereinbarung vom 1. April 2009 überlagert durch die am 25. August 2009 in der Gesellschafterversammlung beschlossene Geschäftsanweisung für die Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte.[291] Hier wird in § 2 Abs. 2 ausgeführt:

> *„Aufgabengebiet und Geschäftsbereich der einzelnen Geschäftsführer und ihre Vertretung untereinander sowie Organisation und Geschäftsverteilung ergeben sich aus dem von der Geschäftsführung zu erstellenden Organisations- und Geschäftsverteilungsplan, der der vorherigen Zustimmung der Gesellschafterversammlung bedarf, dies gilt auch für wesentliche Änderungen dieses Planes.“*

Die Bestellung von stellvertretenden Geschäftsführern ist in der Geschäftsanweisung nicht vorgesehen. Zum Verantwortungsbereich des Ärztlichen Geschäftsführers gehört nach § 6 Ziffer 7 der Geschäftsanweisung u. a. die Sicherstellung der Krankenhaushygiene. Demnach war die damalige Ärztliche Geschäftsführerin Frau Dr. Kuss in den Jahren 2010 und 2011 verantwortlich für die Krankenhaushygiene am Klinikum Bremen-Mitte. Herr Professor Dr. Huppertz konnte sie bei dieser Aufgabe lediglich unterstützen, eine Verantwortlichkeit traf ihn nicht.

---

[289] Geschäftsverteilungsplan der Ärztlichen Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte vom 2. April 2009, Band 21, S. 63.

[290] Man vergleiche den Beschluss über die Ergänzung der Geschäftsverteilung der Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte vom 18. November 2010, der von allen Geschäftsführern und von Herrn Dr. Hansen als Aufsichtsratsvorsitzendem unterzeichnet wurde, Band 21, S. 61 f.

[291] Geschäftsanweisung für die Geschäftsführung der Klinikum Bremen-Mitte gGmbH, Band 96, S. 17 ff.

Herr Dr. Hansen wurde vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss dazu befragt, warum er als Vorsitzender des Aufsichtsrates zugelassen habe, dass die Ärztliche Geschäftsführerin nach der internen Geschäftsverteilung zwischen ihr und dem stellvertretenden Geschäftsführer nicht die Aufgabe der Hygiene wahrgenommen habe. Er antwortete:

> *„Zunächst einmal war das ein Verfahren am Standort Bremen-Mitte, das seit 2005 praktiziert wurde. Auch schon bei dem Vorgänger von Frau Dr. Kuss, bei Herrn Professor Harm, war die Geschäftsverteilung so geregelt, dass es stellvertretende ärztliche Geschäftsführer gibt, und diese Aufgabenzuteilung der Hygiene an Herrn Professor Dr. Huppertz war bereits 2005 erfolgt. Vor diesem Hintergrund, weil es auch in der Wahrnehmung der Betroffenen funktionierte und wegen der Größe des Standortes sinnhaft ist, einzelne Aufgaben auf Stellvertreter zu übertragen, haben wir da keinen Anlass gesehen, das zu verändern.“*[292]

Am 29. Mai 2012 hat die Gesellschafterversammlung eine neue Geschäftsanweisung für die Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte beschlossen.[293] Die Aufgaben des Ärztlichen Geschäftsführers wurden nahezu inhaltsgleich übernommen. Der Ärztliche Geschäftsführer ist weiterhin u. a. für die Sicherstellung der Krankenhaushygiene zuständig. Seit dem 1. August 2012 wird die Funktion des Ärztlichen Geschäftsführers hauptamtlich wahrgenommen. Die Aufgabe wurde Herrn Professor Dr. Bremerich übertragen.[294] Der parlamentarische Untersuchungsausschuss begrüßt diese Veränderungen, die seitens der Gesellschafterin nunmehr eingeführt worden sind. Mit der hauptamtlichen Wahrnehmung der ärztlichen Geschäftsführung sind bessere organisatorische Voraussetzungen dafür geschaffen worden, dass der Aufgabenbereich der Krankenhaushygiene auf der Ebene der Geschäftsführung wahrgenommen werden kann.

---

[292] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1170 f.

[293] Geschäftsanweisung für die Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte vom 29. Mai 2012, Band 203 (nicht paginiert).

[294] Weser-Kurier vom 17. August 2012.

5.3.1.2. Einflussmöglichkeiten des Krankenhaushygienikers

Da das Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene eine Untergliederung des Klinikums Bremen-Mitte darstellt, erfolgt die Aufsicht durch den Ärztlichen Geschäftsführer des Klinikums. Diesem sind auch die Hygienefachkräfte unterstellt. Da diese nicht an das Institut für Hygiene angebunden sind, unterliegen sie nicht der Weisungsbefugnis des Krankenhaushygienikers. Die Aufgaben der hygienebeauftragten Ärzte sind in einem Beschluss der Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte vom 17. Juni 2008 niedergelegt.[295] Sie sind danach zur Zusammenarbeit mit der zuständigen Hygienefachkraft und dem Krankenhaushygieniker verpflichtet.

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hat den Eindruck gewonnen, dass die Vielzahl der Aufgaben des Krankenhaushygienikers vor dem Hintergrund der geringen Beschäftigtenzahl des Institutes für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene[296] und der hohen Zahl der betreuten Krankenhäuser mit einer adäquaten und verantwortungsvollen Aufgabenerfüllung in Anbetracht der Anforderungen der Krankenhaushygiene kaum zu vereinbaren ist. Die bloß beratende Funktion des Krankenhaushygienikers, der neben den formal Hygieneverantwortlichen der Krankenhäuser insgesamt und ihrer einzelnen Einheiten existiert und auf diese keinen formalisierten Einfluss hat, führt zu zwar formal klaren, in der Praxis aber vermischten Verantwortungen durch die bloße Zusammenarbeit zwischen dem nur beratenden Krankenhaushygieniker und den Hygieneverantwortlichen der Krankenhäuser.

Ebenso ist der parlamentarische Untersuchungsausschuss der Frage nachgegangen, ob die Anbindung eines Hygieneinstituts als „Kompetenzzentrum für Hygiene“ an nur einem der vier Krankenhäuser der Gesundheit Nord sinnvoll ist. Aufgrund eines Geschäftsführungsbeschlusses, der dem Ausschuss am 19. Juni 2012 mitgeteilt wurde, sollen die Organisationseinheiten des Instituts einerseits und der Krankenhaushygiene am Klinikum Bremen-Mitte andererseits inklusive der fachlichen und disziplinarischen Verantwortung nunmehr unter der Verantwortung des Institutsleiters zusammengefasst werden.[297] Ob die übrigen Krankenhäuser der

---

[295] Beschluss der Geschäftsführer des Klinikums Bremen-Mitte vom 17. Juni 2008, Band 14, S. 7-308.

[296] Schreiben des Herrn Dr. Kappler, Band 125, S. 180; in Bezug genommen in der Befragung von Herrn Dr. Götz, der verneinte, dass die personelle Ausstattung des Instituts Thema in der Behörde gewesen sei, Herr Dr. Götz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2878 f.

[297] Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3819.

Gesundheit Nord entsprechend der Weisung ihre Krankenhaushygiene dem Institut unterstellen oder weiterhin durch das Institut nur beraten werden, sei noch nicht entschieden. Frau Wendorff erklärte dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss hierzu, dass es zurzeit lediglich Überlegungen gebe, ein zentrales Hygieneinstitut bei der Gesundheit Nord anzusiedeln.[298] Herr Dr. Götz bezeichnete die Frage der Anbindung als „fachlich unerheblich“,[299] Herr Staatsrat Dr. Schuster als eine „zweitrangige“ Frage der Einbindung in ein Gesamtkonzept.[300] Frau Dernedde führte aus, dass derzeit geprüft werde, ein unternehmensweites Kompetenzzentrum aufzubauen, das weisungsunabhängig von den Geschäftsführungen kontrollierend tätig werden kann.[301] Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hält es für sinnvoll, eine solche Prüfung einzuleiten.

5.3.2. Hygienekommission

Nach der bis zum 5. April 2012 geltenden Krankenhaushygieneverordnung vom 9. April 1990 ist zur Hygienekommission bestimmt:

> *„§ 4 [Hygienekommission]*
>
> *(1) Zur Beratung und Unterstützung der ärztlichen Leitung in allen krankenhaushygienischen Angelegenheiten ist eine Hygienekommission zu bilden.*
>
> *(2) Der Kommission gehören in der Regel an:*
>
> *der ärztliche Leiter/die ärztliche Leiterin als Vorsitzende(r)*
>
> *der Verwaltungsleiter/die Verwaltungsleiterin*
>
> *der Krankenpflegeleiter/die Krankenpflegeleiterin*
>
> *der Hygienebeauftragte/die Hygienebeauftragte(n)*
>
> *der Krankenhausdesinfektor/die Krankenhausdesinfektorin*
>
> *die Hygienefachkräfte*
>
> *der Krankenhaushygieniker/die Krankenhaushygienikerin.*

---

[298] Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3835.
[299] Herr Dr. Götz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2881.
[300] Herr Staatsrat Dr. Schuster, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 22/3082.
[301] Frau Dernedde, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahmen, 23/3309.

Bei Bedarf können weitere Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen hinzugezogen werden.

(3) Die Aufgaben der Hygienekommission entsprechen den Richtlinien des Bundesgesundheitsamtes. Weitere Aufgaben können übertragen werden.

(4) Die Hygienekommission wird von der ärztlichen Leitung in regelmäßigen Abständen, mindestens halbjährlich, einberufen. Darüber hinaus ist sie in besonderen Fällen auf Antrag eines Drittels ihrer Mitglieder einzuberufen.“

Die durch § 2 der Geschäftsordnung der Hygienekommission des Klinikums Bremen-Mitte vom 4. März 2009[302] bestimmte personelle Zusammensetzung der Hygienekommission am Klinikum Bremen-Mitte entsprach diesen Anforderungen und entspricht auch den Anforderungen des nun geltenden § 3 Abs. 1 der Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen. Die Hygienekommission tagte in den zurückliegenden Jahren mindestens halbjährlich.

Im Übrigen sind jedoch Defizite festzustellen. Die Teilnahme insbesondere der der Hygienekommission regelmäßig angehörenden Mitglieder war, abgesehen vom Vorsitzenden der Kommission, Herrn Professor Dr. Huppertz, und dem früheren Krankenhaushygieniker, Herrn Dr. Kappler, unzureichend. Zur Verdeutlichung: In der Zeit von 2009 bis einschließlich 2011 war auf den sechs ordentlichen Hygienekommissionssitzungen von den drei Geschäftsführern des Klinikums Bremen-Mitte lediglich einmal die Ärztliche Geschäftsführerin zugegen. Der Kaufmännische Geschäftsführer und die Pflegerische Geschäftsführerin nahmen an keiner Hygienekommissionssitzung teil. Dieses Teilnahmeverhalten steht im Widerspruch zu der in § 1 der Geschäftsordnung der Hygienekommission enthaltenen Aufgabenbestimmung der Hygienekommission, Empfehlungen für die Geschäftsführung zu allen Maßnahmen zu erarbeiten, welche die hygienischen Verhältnisse im Klinikum verbessern.[303] Eine effektive Beratung kann zumindest bei dauerhafter Abwesenheit nicht erfolgt sein. Es zeigt sich ein nicht zu akzeptierendes Desinteresse der Geschäftsführung an Hygienefragen. Das Fehlen der Mitglieder der Geschäftsführung ist auch nicht dadurch kompensierbar, dass Herr Professor Dr.

[302] Geschäftsordnung der Hygienekommission des Klinikums Bremen-Mitte vom 4. März 2009, Band 83, S. 232 ff.
[303] Geschäftsordnung der Hygienekommission des Klinikums Bremen-Mitte vom 4. März 2009, Band 83, S. 233.

Huppertz als Vorsitzender der Hygienekommission von der Ärztlichen Geschäftsführerin mit der Wahrnehmung des Bereiches Krankenhaushygiene betraut worden war. Die Regelung der Krankenhaushygieneverordnung vom 9. April 1990 und deren Umsetzung in der Geschäftsordnung der Hygienekommission betreffend die regelmäßigen Mitglieder belegt, dass gerade auch die Geschäftsführer, die nicht primär mit Hygienefragen befasst sind, durch die Hygienekommission beraten werden sollen.

Weiter ist zur Anwesenheit der regelmäßigen Mitglieder festzustellen, dass die drei Hygienefachkräfte des Klinikums Bremen-Mitte nur ein einziges Mal vollzählig an einer Hygienekommissionssitzung teilgenommen haben. Auch die hygienebeauftragten Ärzte waren nur ein einziges Mal vollzählig. Ordentliche Hygienekommissionssitzungen fanden lediglich zwei Mal im Jahr statt. Durch eine frühzeitige Anberaumung sind Terminskollisionen zu vermeiden. Soweit ständig das Fachpersonal nur teilweise anwesend ist, kann die Kommission der Aufgabe einer Beratung der Geschäftsführung nicht gerecht werden. Es ist dementsprechend auch nicht ersichtlich, dass entsprechend § 1 der Geschäftsordnung der Hygienekommission des Klinikums Bremen-Mitte in einem wesentlichen Umfang Empfehlungen durch die Hygienekommission für die Geschäftsführung zu Maßnahmen erarbeitet worden wären, welche die hygienischen Verhältnisse verbessern. Die Beschlüsse und Empfehlungen der Hygienekommission hatten äußerst punktuellen Charakter. Dies verdeutlicht die folgende Darstellung der in der Zeit von 2009 bis einschließlich 2011 gefassten Empfehlungen:

- In der Hygienekommissionssitzung von 5. März 2009 ist beschlossen worden, dass aufgrund von Stolperunfällen im ZOP im Flurbereich und den Nebenräumen des ZPOs auf die routinemäßige Fußbodendesinfektion verzichtet und nur noch eine Reinigung durchgeführt wird, wobei sichtbare oder wissentliche Kontaminationen der Fußböden nach wie vor desinfizierend zu reinigen sind.[304]
- Gleichfalls in der Hygienekommissionssitzung vom 5. März 2009 hat die Hygienekommission betreffend die Instrumentenaufbereitung einem Testlauf mit dem Reinigungsprodukt Sekumatic MultiClean zugestimmt, ferner einer Vereinheitlichung der Reinigung patientennaher wie auch patientenferner Bereiche mit Flächendesinfektionsmitteln zugestimmt.[305]

[304] Protokoll der Hygienekommissionssitzung vom 5. März 2009 zu Nummer 5, Band 55, S, 58 f.
[305] Protokoll der Hygienekommissionssitzung vom 5. März 2009 zu Nummern 8 und 9, Band 55, S. 59 f.

- In der Hygienekommissionssitzung vom 11. März 2010 wird ein Beschluss darüber gefasst, dass Mitarbeiter die patientennah eingesetzt werden, keine gegelten oder künstlichen Fingernägel tragen dürfen.[306]
- In der Hygienekommissionssitzung vom 10. März 2011 ist eine „Liste zum Umgang mit MRSA-Patienten“ verabschiedet worden.[307]

Die vorstehende Auflistung verdeutlicht, dass die Formulierung und Beschlussfassung durch die Hygienekommission nur in geringem Umfang und äußerst einzelfallbezogen erfolgt ist. Im Übrigen sind im Rahmen der Hygienekommissionssitzungen eine Vielzahl von Problemen angesprochen und erörtert worden. Die Hygienekommission mag insoweit zur Informationssammlung und –verbreitung beigetragen haben. Die nach der eigenen Geschäftsordnung vorrangige Aufgabe der Erarbeitung von Empfehlungen für die Geschäftsführung ist hingegen nur spärlich wahrgenommen worden.

Es ist ferner festzustellen, dass die Hygienekommission inhaltlich den mit der Präambel der Geschäftsordnung der Hygienekommission des Klinikums Bremen-Mitte vom 4. März 2009 selbstgesetzten Maßstäben nicht entsprochen hat, wonach das Infektionsschutzgesetz und die Richtlinien des Robert Koch-Institutes für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention in ihren aktuellen Fortschreibungen richtungsweisend für die eigene Tätigkeit sein sollten.[308] Eine Befassung insbesondere mit den Richtlinien der KRINKO ist kaum zu erkennen, obwohl hierzu Anlass bestanden hätte, insbesondere im Hinblick auf die Empfehlung betreffend personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen.[309] Eine geforderte Begründung[310] für die Unterschreitung der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ wurde zumindest gemäß der Protokolle der Hygienekommissionssitzungen nicht erarbeitet.

Das Deutsche Beratungszentrum für Hygiene hat zur Ergänzung und Unterstützung der Arbeit der Hygienekommission die Einrichtung von regelmäßigen Arbeitstreffen der hygienebeauftragten Ärzte und Pflegenden mit der Hygieneabteilung auf

[306] Protokoll der Hygienekommissionssitzung vom 11. März 2010 zu Nummer 9, Band 55, S. 35 f.
[307] Protokoll der Hygienekommissionssitzung vom 10. März 2011 zu Nummer 10, Band 55, S. 13.
[308] Geschäftsordnung der Hygienekommission des Klinikums Bremen-Mitte vom 4. März 2009, Band 83, S. 233.
[309] Bundesgesundheitsblatt 2009, S. 951 ff.
[310] Herr Professor Dr. Martin Exner, Schreiben an den parlamentarischen Untersuchungsausschuss vom 3. November 2012, S. 6.

Zentrumsebene, zum Beispiel einmal pro Quartal und ein haus- oder Gesundheit Nord-weites Treffen einmal im Jahr empfohlen.[311] Der Mitarbeiter des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene, Herr Dr. Schulz-Stübner, erläuterte insoweit, dass die Hygienekommission keine Arbeitssitzung sei, in der grundsätzliche Probleme diskutiert werden könnten. Die Arbeitstreffen könnten diese Funktion übernehmen, um die Hygienekommission zu entlasten und für diese Vorarbeit zu leisten.[312] Der parlamentarische Untersuchungsausschuss empfiehlt, insbesondere den Empfehlungen der externen Sachverständigen, die auf eine stärkere Kooperation der Krankenhäuser des Klinikverbundes in Hygienefragen gerichtet waren, nachzugehen. Verbesserungen und Erkenntnisse in einem Krankenhaus des Klinikverbundes können so zu Veränderungsprozessen im gesamten Verbund führen.

5.4. Hygieneplan

Ein weiteres Instrument zur Minimierung von Infektionsrisiken sind Hygienepläne. Eine Pflicht zur Aufstellung von Hygieneplänen resultiert für Krankenhäuser aus § 23 Abs. 5 S. 1 Nr. 1 Infektionsschutzgesetz in der seit dem 4. August 2011 geltenden Fassung.[313] Die Verpflichtung zur Aufstellung eines Hygieneplans ist ferner landesrechtlich inhaltsgleich in § 3 Abs. 8 der Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen vom 5. April 2012[314] verankert. Inhaltliche Vorgaben für die Erstellung der Hygienepläne enthält weder das Bundes- noch das Landesrecht. Bei der Erstellung des Hygieneplans sollen die Analyse der Infektionsgefahren, die Bewertung der Risiken, konkrete Maßnahmen zur Risikominimierung, die Festlegung von Überwachungsverfahren und Zeitabschnitten zur Überprüfung der Effizienz und der Aktualität des Hygieneplans sowie Einzelheiten der Dokumentation und der Schulung der Beteiligten Berücksichtigung finden.[315] Die vorgenannten Aspekte haben im Hygieneplan des Klinikums Bremen-Mitte[316] Niederschlag gefunden. Eine Festlegung von Zeitabschnitten zur Überprüfung der Effizienz und der Aktualität des Hygieneplans ist nicht im Hygieneplan verankert. Der Hygieneplan wurde nicht in regelmäßigen Abständen aktualisiert. Im Protokoll der Hygienekommissionssitzung

---

[311] Visitationsbericht des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene vom 8. Dezember 2011 Band 22, S. 9.

[312] Herr Dr. Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/469 f.

[313] Vormals § 36 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz.

[314] Brem.GBl. S. 125.

[315] Bales/Baumann/Schnitzler, Infektionsschutzgesetz, Kommentar und Vorschriftensammlung, Stuttgart, 2. Aufl., 2003, § 36 Rn. 3.

[316] Hygieneplan des Klinikums Bremen-Mitte, Stand: Dezember 2006, Band 56, S. 1 ff. der dritten Paginierung.

vom 1. September 2011 unter Nr. 11 zum Punkt „Verschiedenes“ wird ausgeführt, dass aufgrund starker Beanspruchung der Fachkräfte für Hygiene und Infektionsprävention in der Krankenhaushygiene der Hygieneplan 2010 und 2011 nicht überarbeitet werden konnte.[317]

Inhaltliche Kritikpunkte am Hygieneplan sind von den Experten, abgesehen von den darin unter dem Gliederungspunkt I zur Flächendesinfektion und Hausreinigung enthaltenen Vorgaben,[318] die im Abschnitt zur Reinigung gesondert behandelt werden, kaum vorgebracht worden. Vielmehr bestand eine weitgehend positive Beurteilung: Sowohl Herr Dr. Eckmanns vom Robert Koch-Institut als auch Herr Dr. Schulz-Stübner vom Deutschen Beratungszentrum für Hygiene äußerten auf entsprechende Nachfragen keinen Änderungs- oder Ergänzungsbedarf.[319] Herr Dr. Weißgerber vom Deutschen Beratungszentrum für Hygiene bezeichnete die Hygienepläne und –dokumente am Klinikum Bremen-Mitte sogar als „überdurchschnittlich“ benannte jedoch die Umsetzung als kritischen Punkt.[320] Hinsichtlich der Bekanntheit und Verfügbarkeit des Hygieneplans im Klinikum Bremen-Mitte hätten Mitarbeiter des Klinikums bei entsprechenden Nachfragen auf den Hygieneplan verwiesen und hätten gewusst, wo sie diesen einsehen können.[321]

Allerdings ist dem Jahresbericht der Krankenhaushygiene 2010 zu entnehmen, dass bei einer Überprüfung der Kennzahlen hinsichtlich der Unterweisungen zum Hygieneplan im Klinikum Bremen-Mitte festgestellt worden sei, dass diese nur lückenhaft durchgeführt worden seien. Von 105 vorgesehenen Hygieneplanunterweisungen für Abteilungs-, Stationsleitungen und Hauswirtschaft seien 39 nicht durchgeführt worden. Noch gravierender stellt sich der Ausfall bei den Ärzten dar, von 22 vorgesehenen Hygieneplanunterweisungen seien 12 nicht durchgeführt worden. Um für 2011 ein besseres Ergebnis zu erzielen, wurde die Geschäftsführung um Unterstützung gebeten.[322]

---

[317] Protokoll der Hygienekommissionssitzung vom 1. September 2011 zu Nr. 11, Band 55, S. 5.

[318] Hygieneplan des Klinikums Bremen-Mitte, Stand: Dezember 2006, Band 56, S. 108 f. der dritten Paginierung.

[319] Herr Dr. Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/452 f.; Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2101.

[320] Herr Dr. Weißgerber, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/526 f.

[321] Herr Dr. Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/453.

[322] Jahresbericht der Krankenhaushygiene 2010, Band 14, 7 - 300.

Hinzu kommt, dass der Hygieneplan aufgrund der personellen Situation in den Jahren 2010 und 2011 nicht insgesamt überarbeitet werden konnte.[323]

Herr Professor Dr. Popp listete in seinem Gutachten aus seiner Sicht bestehende Mängel des Hygieneplanes auf.[324] So kritisierte Herr Professor Dr. Popp, der Hygieneplan sei offensichtlich von Hygienefachkräften erarbeitet worden, es sei nicht klar, ob er in der Hygienekommission beschlossen worden sei. Hierzu hat die Beweisaufnahme ergeben, dass der Hygieneplan in der Hygienekommissionssitzung vom 8. März 2007 beschlossen worden ist. In dem Protokoll der Hygienekommission vom 8. März 2007 heißt es hierzu:

> *„6. Verabschiedung Hygieneplan*
>
> *Dem Hygieneplan wird zugestimmt. (Es folgt noch eine inhaltliche Änderung) Nach Einarbeitung der redaktionellen Änderung, wird der Hygieneplan den Bereichen zur Verfügung gestellt.“*[325]

Der Umstand, dass der Hygieneplan von den Hygienefachkräften erarbeitet wurde, ist nicht zu kritisieren, sondern entspricht den Empfehlungen der KRINKO „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ vom 20. August 2009.[326]

Unzutreffend ist zudem die Kritik von Herrn Professor Dr. Popp daran, dass dem Hygieneplan kein Desinfektionsplan beigefügt sei. Tatsächlich heißt es im Hygieneplan ausdrücklich:

> *„Desinfektionspläne, die für die einzelnen Abteilungen erstellt sind, gelten als Bestandteil des Hygieneplans.“*[327]

In den Akten des parlamentarischen Untersuchungsausschusses befindet sich auch ein Desinfektionsplan für die Klinik für Neonatologie und Pädiatrische Intensivstation

---

[323] Protokoll, Hygienekommissionssitzung vom 1. September 2011, Band 55, S. 2 ff., S. 5.

[324] Sachverständigengutachten von Herrn Professor Dr. Popp im Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Bremen vom 28. August 2012, Band 207, S. 32.

[325] Protokoll der Hygienekommissionssitzung vom 8. März 2007, Band 83, S. 257.

[326] Bundesgesundheitsblatt 2009, S. 951, 956.

[327] Vorwort, Hygieneplan, Gesundheit Nord, Klinikum Bremen-Mitte, Band 14, S. 7-11.

mit dem Stand Juli 2009.[328] Dieser Plan war auch, wie sich aus dem Inhaltsverzeichnis des Laufwerkes T ergibt, als Anlage und Dienstanweisung zum Hygieneplan im gleichen Ordner abgelegt, so dass ein Zugriff bestand.[329]

Nach den Erkenntnissen des parlamentarischen Untersuchungsausschusses ist eine Fortentwicklung des Hygieneplans in einzelnen Punkten erforderlich. Hierbei sollten anhand der Empfehlungen der KRINKO zum Ausbruchsmanagement[330] die Vorgaben des Hygieneplanes untersucht werden. Die insoweit bestehenden Abweichungen werden gesondert im Abschnitt Ausbruchsmanagement[331] behandelt. Eine umfassende eigenständige Überprüfung des gesamten Hygieneplanes, die über die genannten Bereiche hinausgeht, konnte der parlamentarische Untersuchungsausschuss nicht leisten. Die Anzahl der Vollzeitstellen der Hygienefachkräfte muss zur Sicherstellung der Überarbeitung und steten Aktualisierung des Hygieneplans den Vorgaben der Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen zeitnah angepasst werden.

5.5. Dokumentation

Auch im Bereich der Hygiene bestehen inzwischen umfangreiche Dokumentationspflichten, die sich im Wesentlichen aus § 23 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz ergeben.

5.5.1. Dokumentation nosokomialer Infektionen

Gemäß § 23 Abs. 4 S. 1 Infektionsschutzgesetz in der seit dem 4. August 2011 geltenden Fassung[332] bestehen bei nosokomialen Infektionen und insbesondere beim Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen umfangreiche Dokumentationspflichten:

---

[328] Desinfektionsplan, Klinik für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin, Band 14, S. 7-205 f.[329] Ordner 7 Hygienemanagement KBM, Band 14, S. 7-1.

[329] Ordner 7 Hygienemanagement KBM, Band 14, S. 7-1.

[330] Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 ff.

[331] Siehe unter „8. Ausbruchsmangement“ .

[332] § 23 Abs. 1 S. 1 Infektionsschutzgesetz alte Fassung.

> *„Die Leiter von Krankenhäusern und von Einrichtungen für ambulantes Operieren haben sicherzustellen, dass die vom Robert Koch-Institut nach § 4 Abs. 2 Nr. 2.b) festgelegten nosokomialen Infektionen und das Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen fortlaufend in einer gesonderten Niederschrift aufgezeichnet, bewertet und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Präventionsmaßnahmen gezogen werden und dass die erforderlichen Präventionsmaßnahmen dem Personal mitgeteilt und umgesetzt werden.“*

Ausweislich des Visitationsberichts des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene vom 8. Dezember 2011 erfolgte die Aufzeichnung am Klinikum Bremen-Mitte, indem die Befunde an die ärztlichen Mitarbeiter weitergeleitet und durch diese in einem Ordner abgeheftet wurden. Die Information der Hygienefachkräfte sei gleichfalls in Papierform erfolgt.[333] Unabhängig davon, dass der betreffende Ordner sich auch noch als lückenhaft erwies,[334] wird dieses Vorgehen durch die Sachverständigen des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene kritisiert. Insbesondere im Hinblick auf die nach dem Infektionsschutzgesetz vorzunehmende Bewertung der Befunde wird deren Abheftung in Papierform in Ordnern als nicht mehr zeitgemäß und ineffektiv beurteilt.[335] Darüber hinaus ist als problematisch beurteilt worden, dass die Zuständigkeiten am Klinikum Bremen-Mitte nicht klar geregelt gewesen seien. Eine klare Zuweisung der Aufgabe, die Befunde zu sichten und zu bewerten, habe gefehlt. Sinnvoll sei es, dass diese Aufgabe der hygienebeauftragte Arzt wahrnehme. Tatsächlich sei es so gewesen, dass sich nach dem Zufallsprinzip derjenige gekümmert habe, der den Befund aus dem Faxgerät genommen habe.[336]

Als Reaktion auf diese Kritik hat die Gesundheit Nord im „10-Punkte-Maßnahmenplan“ als ersten Punkt die Etablierung eines EDV-gestützten Frühwarnsystems für Keimbefunde aufgeführt:

---

[333] Visitationsbericht des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene vom 8. Dezember 2011, Band 22, S. 6.

[334] Vgl. hierzu ausführlich: Herr Staatsrat Professor Stauch, Bericht, Ausbruch von ESBL bildenden Klebsiella pneumoniae im Zentrum für Kinderheilkunde, Klinik Bremen-Mitte im Jahr 2011, Bremen, den 20. Dezember 2011, Band 50, S. 29 f.

[335] Herr Dr. Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/427 f.; Herr Dr. Weißgerber, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/532 f.

[336] Herr Dr. Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/422 f.

> *„1. Etablierung eines EDV-gestützten Frühwarnsystems für Keimbefunde*
>
> *Kamen bislang die Keimbefunde aus dem Labor auf Papier ausgedruckt auf die Station, wird es künftig eine spezielle Software geben. Somit ist es nicht mehr nötig, die Befunde in einem speziellen Ordner auf der Station zu sammeln. Es gab damit zwar durchaus für die Stationen ein Frühwarnsystem für Keimbefunde, allerdings in Papierform. Es hat sich gezeigt, dass diese Art der Dokumentation nicht optimal und zu umständlich war. Die neue Software ist mittels einer Schnittstelle direkt mit dem Labor verbunden, so dass die Mitarbeiter auf der Station die Befunde tagesaktuell schnell und unkompliziert am Rechner einsehen können und automatisch bei auffälligen Befunden gewarnt werden.“*

Die Implementierung des hierzu erworbenen Computersystems „Hybase“ wird nunmehr umgesetzt. Zur Zeit der letzten Vernehmung der Pflegerischen Geschäftsführerin des Klinikums Bremen-Mitte durch den parlamentarischen Untersuchungsausschuss vom 21. Juni 2012 befand sich die Software im Probelauf und es fanden parallel Schulungen statt.[337] Frau Senatorin Jürgens-Pieper teilte bei ihrer Anhörung am 11. Oktober 2012 mit, die Einführung eines EDV-gestützten Frühwarnsystems für Keimbefunde sei mittlerweile abgeschlossen.[338]

Die Dokumentationspflicht nach § 23 Abs. 4 S. 1 Infektionsschutzgesetz bezieht sich nicht auf mikrobiologische Labore. Frau Professorin Dr. Klouche, die ärztliche Leiterin der Bremer Zentrum für Laboratoriumsmedizin GmbH, führte hierzu gegenüber dem Ausschuss aus, Befunde, die nach § 23 Infektionsschutzgesetz erfassungspflichtig seien, gingen an den einsenden Arzt und in Kopie an die Hygienefachkräfte.[339] Eine weitere Dokumentation erfolge nicht, das sei auch nicht Aufgabe der Labormedizin.[340]

5.5.2. Dokumentation des Antibiotikaverbrauchs

---

[337] Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 28/4052.

[338] 3. AR-Sitzung der Gesundheit Nord am 28. September 2012, 3.1 Umsetzungsstand 10-Punkte Maßnahmenplan im KBM, überreicht von Frau Senatorin Jürgens-Pieper am 11. Oktober 2012.

[339] Frau Professorin Dr. Klouche, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme 6/794 f.

[340] Frau Professorin Dr. Klouche, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme 6/797.[341] Visitationsbericht des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene vom 8. Dezember 2011, Band 22, S. 10.

Mit § 23 Abs. 4 S. 2 Infektionsschutzgesetz in der seit dem 4. August 2011 geltenden Fassung ist im Hinblick auf die zunehmende Resistenzentwicklung bei Keimen bezüglich des Antibiotikaverbrauchs eine neue Dokumentationspflicht folgenden Inhalts geschaffen worden:

> *„Darüber hinaus haben die Leiter sicherzustellen, dass die nach § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b festgelegten Daten zu Art und Umfang des Antibiotika-Verbrauchs fortlaufend in zusammengefasster Form aufgezeichnet, unter Berücksichtigung der lokalen Resistenzsituation bewertet und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich des Einsatzes von Antibiotika gezogen werden und dass die erforderlichen Anpassungen des Antibiotikaeinsatzes dem Personal mitgeteilt und umgesetzt werden.“*

Im Hinblick darauf, dass diese Dokumentationspflicht erst mit Wirkung zum 4. August 2011 eingetreten ist, konnte insoweit am Klinikum Bremen-Mitte noch keine Dokumentationspraxis festgestellt werden. Zur künftigen Umsetzung hat das Deutsche Beratungszentrum für Hygiene ein sogenanntes „Antibiotic-Stewardship“ vorgeschlagen und ferner als Unterkommission der Arzneimittelkommission eine Antibiotikakommission.[341] Mit einem „Antibiotic-Stewardship“ ist eine Zusammenführung der Daten betreffend den Antibiotikaverbrauch und der Resistenzstatistiken gemeint. Die Antibiotikakommission soll die Bewertungsaufgaben wahrnehmen. Eine Ergänzung kann ein solches Konzept zur Beratung individueller Therapieentscheidungen durch sogenannte infektiologische Visiten erhalten,[342] wobei diese insbesondere aufgrund des damit verbundenen Aufwandes an personellen Ressourcen primär für die Risikobereiche empfohlen werden, etwa für Intensivstationen, die Hämatologie, die Onkologie oder Stationen mit Knochenmarkstransplantationen.[343]

5.5.3. Patienten- und Pflegedokumentation

[341] Visitationsbericht des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene vom 8. Dezember 2011, Band 22, S. 10.
[342] Herr Dr. Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/430 ff.
[343] Herr Dr. Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/425 f.

Nicht primär dem Bereich der Hygiene zuzuordnende Probleme ergaben sich ferner im Bereich der Patienten- und Pflegedokumentation. Der Zwischenbericht des Robert-Koch-Instituts vom 29. November 2011 führt hierzu aus, dass die Zuordnung eines Patienten zu einem Bettenplatz und für die Station 4027 auch eine Zuordnung zu einem Zimmer nicht dokumentiert und somit nicht analysierbar sei. Ferner lägen die Akten entlassener Patienten meist nur noch in digitalisierter Form vor. Wegen eingeschränkter Lesbarkeit und teilweise nicht nachvollziehbarer Chronologie sei deren Auswertung erschwert. Unter hygienischen Gesichtspunkten hätten sich daraus Konsequenzen ergeben, weil gemäß den Ausführungen des Robert Koch-Instituts unter anderem aufgrund der unzureichenden Dokumentation eine retrospektive analytische Studie im November 2011 nicht erfolgversprechend gewesen sei,[344] mithin die Suche nach möglichen Ursachen eines Keimausbruchs beeinträchtigt worden sei. Dieser Kritikpunkt ist nunmehr behoben worden. Die Pflegerische Geschäftsführerin des Klinikums Bremen-Mitte teilte am 21. Juni 2012 mit, die Pflegedokumentation weise nunmehr aus, welcher Bettenplatz zu welcher Zeit mit welchem Kind belegt sei.[345]

5.6. Routinescreening

Routinemäßig durchgeführte Sreenings der Patienten auf multiresistente Erreger, die zunächst bei der Aufnahme als Eingangsscreening und sodann in regelmäßigen Abständen erfolgen, geben Aufschluss darüber, ob eine Person mit einem solchen Keim besiedelt oder gar infiziert ist. Das Wissen darüber ist entsprechend den Ausführungen des Sachverständigen Herrn Professor Dr. Friedrich medizinisch sinnvoll, weil es die Verhinderung der Ausbreitung durch Isolierung des Patienten ermöglicht. Ferner kann im Fall einer späteren Infektion umgehend das richtige Antibiotikum zur Therapie eingesetzt werden.[346]

Vor Januar 2012 vertrat die KRINKO in der „Empfehlung zur Prävention nosokomialer Infektionen bei neonatologischen Intensivpflegepatienten mit einem Geburtsgewicht unter 1.500g“ die Auffassung, eine generelle Empfehlung für ein patienten- und umgebungsbezogenes mikrobiologisches Monitoring ohne Infektionsverdacht und ohne

---

[344] Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 25.
[345] Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 28/4050 f.
[346] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2942 ff.

die Indikation eines Ausbruchs könne nicht gegeben werden.[347] In der Neonatologie des Klinikums Bremen-Mitte wurden seit Anfang März 2011 alle neu aufgenommenen Neugeborenen auf MRSA gescreent.[348] Ein regelmäßiges Screening in Bezug auf ESBL-Erreger wurde vor dem 25. Oktober 2011 nicht durchgeführt.[349]

Mittlerweile hat die KRINKO eine Empfehlung zu „Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedelung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen“ veröffentlicht.[350] Sie behandelt die Frage, ob ein Patientenscreening erfolgen soll, getrennt nach den einzelnen Erregern. Bei Klebsiellen empfiehlt die Kommission, alle Patienten mit Risiko für eine Besiedelung oder Infektion mit 4MRGN Klebsiella spp., also solchen Bakterien, die eine Resistenz gegen vier von vier Antibiotikagruppen aufweisen, zu screenen und bis zum Vorliegen der Ergebnisse zu isolieren.[351] Als Risikopatienten gelten solche, die kürzlich Kontakt zum Gesundheitssystem in Ländern mit endemischem Auftreten hatten und solche, die zu 4MRGN Klebsiella spp.-positiven Patienten Kontakt hatten. Außerdem sollten Screening-Richtlinien auf Basis der Patientenstruktur festgelegt und regelmäßig auf Basis aktueller Informationen aktualisiert werden.[352] Ein aktives Screening auf 3MRGN Klebsiella spp., also auf solche Klebsiellen, die eine Resistenz gegen drei von vier Antibiotikagruppen aufweisen, in der endemischen Situation zur Prävention der weiteren Verbreitung wird nicht empfohlen, weil es sich nicht als effektiv erwiesen habe.[353] Screening aus anderen Gründen, z.B. als Grundlage für kalkulierte empirische Antibiotika-Therapien in der Neonatologie bleibe davon unberührt.[354]

In einer im Januar 2012 veröffentlichten ergänzenden Empfehlung zur „Prävention nosokomialer Infektionen bei neonatologischen Intensivpflegepatienten mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g“[355] hat die KRINKO ihre Empfehlungen zum patientenbezogenen mikrobiologischen Monitoring neu formuliert. Bei intensivmedizinisch behandelten Frühgeborenen ist danach ein klinisch-mikrobiologisches Screening (in Bezug auf die Kolonisation) auf solche multiresistenten Infektionserreger indiziert, die meist den Nasopharynx

---

[347] Epidemiologisches Bulletin Nr. 2, 16. Januar 2012, S. 13.
[348] Schreiben des Gesundheitsamtes an die Station 4027 des Klinikums Bremen-Mitte vom 13. Mai 2012, Band 52, S. 93 f.
[349] Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 26.
[350] Bundesgesundheitsblatt 2012, S. 1311 ff.
[351] Bundesgesundheitsblatt 2012, S. 1311 (1336).
[352] Bundesgesundheitsblatt 2012, S. 1311 (1337).
[353] Bundesgesundheitsblatt 2012, S. 1311 (1337).
[354] Bundesgesundheitsblatt 2012, S. 1311 (1337).
[355] Epidemiologisches Bulletin Nr. 2, 16. Januar 2012.

(Rachenabstrich) und den Gastrointestinaltrakt (Analabstrich) besiedeln, um ggf. frühzeitig eine kalkulierte Infektionstherapie einleiten zu können. Empfohlen wird eine Untersuchung in wöchentlichem Abstand bis zum Ende der Intensivüberwachung. Bei Frühgeborenen mit durch extreme Unreife bei Geburt oder durch Komplikationen bedingtem verlängerten Krankenhausaufenthalt, multiplen Infektionen und somit einer erheblichen Exposition gegenüber Breitspektrum-Antibiotika sollte das wöchentliche mikrobiologische Screening ggf. erweitert werden (z. B. Wundabstrich oder beim intubierten Patienten Trachealsekret). Diese Empfehlungen gelten neben der Empfehlung zu „Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedelung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen“ nach wie vor als spezielle Maßnahmen für besonders gefährdete Patientenpopulationen.[356]

Der Sachverständige Herr Dr. Eckmanns vom Robert Koch-Institut hat ein entsprechendes Sreening zumindest partiell für Geburtshilfestationen empfohlen und hält mindestens ein risikoadaptiertes Eingangsscreening bei Schwangeren für geboten.[357] Das Robert Koch-Institut empfahl dem Klinikum Bremen-Mitte zumindest bezogen auf den Ausbruchsfall, die Patienten im Zentrum für Kinderheilkunde zweimal wöchentlich zu screenen und dieses über mindestens einen Monat nach dem letzten Nachweis fortzusetzen.[358]

Nach der Wiedereröffnung der Station 4027 im Januar 2012 erfolgte wöchentlich ein Routinescreening der Frühchen. Die Verantwortlichen gingen davon aus, dass der Keimausbruch beendet war.[359] Das wöchentliche Screening entsprach auch der Empfehlung des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene in seinem Visitationsbericht.[360] Herr Dr. Körner, der damalige Leiter der Station 4027, führte dazu bei seiner Anhörung aus:

> *„Wir haben gemäß den KRINKO-Vorschriften, die Anfang dieses Jahres ja ergänzt worden sind, entschieden, die regelmäßigen Screening-Untersuchungen für Frühgeborene unter 1 500 Gramm auf die gesamte Station, also auch auf die größeren Kinder, auszuweiten,*

---

[356] Bundesgesundheitsblatt 2012, S. 1311 (1312).
[357] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2110 f.
[358] Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 27.
[359] Bericht Neonatologie am Klinikum Bremen-Mitte, Band 197, S. 7.
[360] Visitationsbericht des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene vom 8. Dezember 2011, Band 22, S. 50.

> *und hatten uns entschieden, jeden Dienstag einen Abstrich bei den Kindern zu machen und sowohl auf MRSA-Keime als auch auf ESBL-Keime zu untersuchen.“*[361]

Der Sachverständige Herr Dr. Eckmanns vom Robert Koch-Institut kritisierte bei seiner Anhörung am 19. April 2012, dass die vom Robert Koch-Institut empfohlene Praxis, zweimal wöchentlich zu screenen, nicht beibehalten worden sei. Dies habe die Ausbruchsananlyse nach dem erneuten Ausbruch des Keims erschwert.[362]

5.7. Hygieneverhalten

Neben den strukturellen, personellen und organisatorischen Anforderungen ist ferner das konkrete Hygieneverhalten in den Blick zu nehmen. Aufgrund des Aussageverhaltens der Mehrzahl der Mitarbeiter der neonatologischen Intensivstation, die weit überwiegend unter Berufung auf § 55 Strafprozessordnung die Aussage vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss verweigerten, können zu diesem Bereich nur in begrenztem Umfang Feststellungen getroffen werden.

5.7.1. Händehygiene

Das Robert Koch-Institut geht in seinem Zwischenbericht vom 29. November 2011 davon aus, dass eine Übertragung der ESBL-bildenden Klebsiellen von Person-zu-Person am wahrscheinlichsten sei.[363] Bei der Übertragung von Person-zu-Person sind die Hände das wichtigste Übertragungsvehikel, weshalb die Händehygiene zu den wichtigsten Maßnahmen zur Verhütung von Krankenhausinfektionen gehört.[364]

Zur Händehygiene existiert eine Empfehlung der KRINKO.[365] Darüber hinaus gibt es Vorgaben in den Technischen Regeln für Biologische Arbeitsstoffe betreffend biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege (TRBA

---

[361] Herr Dr. Körner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 9/1039.
[362] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2123 ff.
[363] Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 23.
[364] Empfehlung der KRINKO zur Händehygiene, Bundesgesundheitsblatt 2000, 230.
[365] Empfehlung der KRINKO zur Händehygiene, Bundesgesundheitsblatt 2000, 230 ff.

250).[366] Die technischen Regeln für Biologische Arbeitsstoffe (TRBA) geben den Stand der sicherheitstechnischen, arbeitsmedizinischen, hygienischen sowie arbeitswissenschaftlichen Anforderungen bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen wieder. Sie werden vom Ausschuss für Biologische Arbeitsstoffe (ABAS) aufgestellt und von ihm der Entwicklung entsprechend angepasst. Die TRBA werden vom Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit im Bundesarbeitsblatt (seit 2007 im Gemeinsamen Ministerialblatt) bekannt gegeben.

Die Tätigkeit am Patienten mit Schutzhandschuhen bildet die Ausnahme. Sie soll nur bei vorhersehbarem oder wahrscheinlichem Erregerkontakt sowie bei möglicher massiver Verunreinigung mit Körperausscheidungen, Se- und Exkreten durchgeführt werden.[367] Die im Übrigen übliche Tätigkeit am Patienten ohne Handschuhe ist zu unterlassen, wenn beim jeweils handelnden ärztlichen oder pflegerischen Personal infektiöse Krankheitsprozesse vorliegen.[368] Ferner gilt nach Nr. 4.1.2.6 der TRBA 250, dass bei Tätigkeiten, die eine hygienische Händedesinfektion erfordern, an den Händen und Unterarmen keine Schmuckstücke, Uhren und Eheringe getragen werden dürfen.[369] Gegelte oder künstliche Fingernägel sind durch die Hygienekommission unter entsprechender Ergänzung des Hygieneplans ausdrücklich dem Begriff des „Schmucks“ im Sinne der TRBA 250 zugeordnet worden.[370] Dies steht im Einklang mit der hierzu bestehenden Bewertung durch die Fachwissenschaft.[371]

Um bei der Durchführung der Händehygiene keine Kontaminationen zu bewirken, müssen die Vorrichtungen in bestimmter Weise beschaffen sein. Wasserhähne und Waschbecken mit fließendem warmen und kalten Wasser, die zur Händedesinfektion dienen, müssen ohne Handkontakt zu bedienen sein (zum Beispiel durch Fuß- oder Ellenbogenbedienung). Ferner darf der Wasserstrahl nicht in den Siphon gerichtet sein, um ein Verspritzen keimhaltigen Wassers zu vermeiden. Der Spender mit der Waschlotion muss bequem per Ellenbogen zu betätigen sein. Die Waschlotion muss frei von pathogenen Keimen sein, wobei die Verwendung von Einmalflaschen

---

[366] Ausgabe: November 2003, zuletzt geändert und ergänzt April 2012 (GMBl. Nr. 15-20 vom 25. April 2012, S. 380), Abrufbar auf der Website der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin unter: http://www.baua.de/de/Themen-von-A-Z/Biologische-Arbeitsstoffe/TRBA/TRBA-250.html, abgerufen am 21. November 2012.

[367] Empfehlung der KRINKO zur Händehygiene, Bundesgesundheitsblatt 2000, 230.

[368] Empfehlung der KRINKO zur Händehygiene, Bundesgesundheitsblatt 2000, 230 f.

[369] TRBA 250: http://www.baua.de/de/Themen-von-A-Z/Biologische-Arbeitsstoffe/TRBA/TRBA-250.html, abgerufen am 21. November 2012.

[370] Protokoll der Hygienekommissionssitzung vom 11. März 2010 zu Nummer 9, Band 55, S. 35 f.

[371] Hirschmann/Aschenbrenner/Conrad, Künstliche Fingernägel aus krankenhaushygienischer Sicht, in: Krankenhaus-Hygiene + Infektionsverhütung 2008, 174, Band 55, S. 38 f.

empfohlen wird. Entsprechende Vorrichtungen nebst einem Handtuchspender müssen für jedes Patientenzimmer leicht erreichbar sein.[372]

Zur hygienischen Händedesinfektion sind vorzugsweise Mittel auf Wirkstoffbasis von Alkoholen zu verwenden. Das alkoholische Präparat ist über sämtliche Bereiche der trockenen Hände unter besonderer Berücksichtigung der Innen- und Außenflächen einschließlich Handgelenke, Flächen zwischen den Fingern, Fingerspitzen, Nagelfalze und Daumen einzureiben und für die Dauer der Einwirkungszeit feucht zu halten.[373] Zur Dauer der Einwirkungszeit werden 30 Sekunden als notwendig für die Erzielung eines optimalen Ergebnisses angegeben, wobei dieser Wert durch den Sachverständigen Herrn Dr. Zastrow als unabdingbarer Richtwert für die Händehygiene bezeichnet worden ist.[374] Herr Dr. Weißgerber vom Deutschen Beratungszentrum für Hygiene geht zwar ebenfalls davon aus, dass eine Einwirkungszeit von 30 Sekunden im Sinne optimaler Abreicherung der Bakterien anzustreben ist. Unter Bezugnahme auf Studien, nach denen die Bakterienabreicherung zu Beginn der Händedesinfektion am stärksten sei, spricht er jedoch einer Händedesinfektion bei kürzerer Einwirkungszeit nicht jeden Wert ab.[375]

Eine hygienische Händedesinfektion ist nach Empfehlung der KRINKO in folgenden Fällen erforderlich:

> *„vor dem Betreten der reinen Seite der Personalschleuse von Operationsabteilungen,*
>
> *Sterilisationsabteilungen und anderen Reinraumbereichen,*
>
> *vor invasiven Maßnahmen, auch wenn dabei Handschuhe (steril oder nicht sterilisiert) getragen werden (z. B. Legen eines Venen- oder Blasenkatheters, vor Angiographie, Bronchoskopie, Endoskopie, Injektionen, Punktionen),*
>
> *vor Kontakt mit Patienten, die im besonderen Maße infektionsgefährdet sind (z. B. Leukämiepatienten, polytraumatisierte Patienten, bestrahlte oder sonstige schwer erkrankte Patienten, Verbrennungspatienten),*

[372] Empfehlung der KRINKO zur Händehygiene, Bundesgesundheitsblatt 2000, 231 ff.
[373] Empfehlung der KRINKO zur Händehygiene, Bundesgesundheitsblatt 2000, 231 (232).
[374] Herr Dr. Zastrow, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/220.
[375] Herr Dr. Weißgerber, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/560 f., 563 f.

vor Tätigkeiten mit Kontaminationsgefahr (z. B. Bereitstellung von Infusionen, Herstellung von Mischinfusionen, Aufziehen von Medikamenten),

vor und nach jeglichem Kontakt mit Wunden,

vor und nach Kontakt mit dem Bereich der Einstichstellen von Kathetern, Drainagen u. Ä.,

nach Kontakt mit potenziell oder definitiv infektiösem Material (Blut, Sekret oder Exkremente) oder infizierten Körperregionen,

nach Kontakt mit potenziell kontaminierten Gegenständen, Flüssigkeiten oder Flächen (Urinsammelsysteme, Absauggeräte, Beatmungsgeräte, Beatmungsmasken, Trachealtuben, Drainagen, Schmutzwäsche, Abfälle u. Ä.),

nach Kontakt mit Patienten, von denen Infektionen ausgehen können oder die mit Erregern von besonderer krankenhaushygienischer Bedeutung besiedelt sind (z. B. MRSA),

nach Ablegen von Schutzhandschuhen bei stattgehabtem oder wahrscheinlichem Erregerkontakt oder massiver Verunreinigung.“[376]

Die vorstehenden Angaben zur Häufigkeit der Händedesinfektion geben eine Idealvorstellung wieder, der die Verhältnisse an deutschen Kliniken generell nicht entsprechen. Dies geht insbesondere aus den Ausführungen des Mitarbeiters des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene Herrn Dr. Schulz-Stübner hervor:

„Händehygiene, Schulung und Verbesserung der Compliance sind sozusagen das tägliche Brot und der Arbeitserhalt des Krankenhaushygienikers, deswegen gibt es uns und wird es uns hoffentlich auch noch lange geben! „Hoffentlich“ wäre eigentlich, wenn man uns dafür nicht mehr bräuchte. Nur 100 Prozent Compliance mit der Händehygiene ist sicherlich illusorisch, das muss man ehrlich sagen. Wenn man Compliance-Untersuchungen in der Literatur anschaut, dann liegen sie zwischen 30 und 60 Prozent Compliance bei Beobachtungsstudien, wobei 60 Prozent dann eben die Guten sind und die Mehrzahl sich da irgendwo eher unter 50

[376] Empfehlung der KRINKO zur Händehygiene, Bundesgesundheitsblatt 2000, 231.

Prozent bewegt. Das hat sich auch nicht wesentlich geändert, letzten Endes seit Ignaz Semmelweis nicht, also, die Erkenntnis ist nicht sehr neu, und das Problem, es eben nicht immer und überall zu tun, ist auch nicht neu.

Dazu kommen allerdings ein paar Einschränkungen. Einmal, muss man natürlich sagen, gibt es Momente der Händehygiene, die substanziell und entscheidend sind, und es gibt andere, die wünschenswert sind. Wenn sie sich meinetwegen beim Betreten oder beim Verlassen des Patientenzimmers die Hände desinfizieren, dann ist das wünschenswert, aber wenn sie es einmal nicht machen, ist noch nicht viel passiert. Es passiert dann etwas, wenn sie dann mit Ihrer nicht desinfizierten Hand an den Venenzugang des Patienten gehen und anfangen, daran herumzumanipulieren, also vor einer aseptischen Tätigkeit. Das ist etwas, das wir natürlich auch versuchen, in Schulungen herüberzubringen, also nicht, wo ist das ganz Wichtige, wo es eigentlich nie schiefgehen darf, wo sind Dinge, na ja gut, die solltet ihr zwar auch machen, aber - und damit sind wir wieder bei der Arbeitsorganisation - der entscheidende Punkt ist zu versuchen, diese Momente, wo ich es machen muss, eben Wechsel von Tätigkeiten, von Patient zu Patient, wieder irgendetwas holen, so gering wie möglich zu halten, damit eben auch der Zeitaufwand machbar ist.“ [377]

Das Klinikum Bremen-Mitte hat sich bemüht, die Händehygiene zu verbessern. Es nahm an der „Aktion Saubere Hände“ teil, einer nationalen Kampagne zur Verbesserung der Compliance der Händedesinfektion in deutschen Gesundheitseinrichtungen, die mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit vom Aktionsbündnis Patientensicherheit, der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung und vom Nationalen Referenzzentrum für die Surveillance von nosokomialen Infektionen initiiert worden ist.[378] Gleichwohl ging im Zeitraum von 2009 bis 2010 der Händedesinfektionsmittelgebrauch auf der Station 4027 zurück. Im Rahmen einer Sitzung aus Anlass des gehäuften Auftretens von ESBL-bildenden Klebsiellen auf der Station 4027 vom 12. September 2011, an dem die Stationsleitung der Neonatologie,

[377] Herr Dr. Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/455 f.

[378] Einzelheiten unter: http://www.aktion-sauberehaende.de/, abgerufen am 21. November 2012.

deren leitender Oberarzt und hygienebeauftragter Arzt sowie die zuständige Hygienefachkraft und der Krankenhaushygieniker teilnahmen, sind die betreffenden Daten vorgestellt worden, wonach die durchgeführten Händedesinfektionen pro Patient von 34 im Jahr 2009 auf 32 im Jahr 2010 gesunken sind.[379]

Wesentlich weiter führende Erkenntnisse zur Häufigkeit und Qualität der Händedesinfektion durch die Mitarbeiter des Klinikums Bremen-Mitte im Bereich der Neonatologie im Jahr 2011 bestehen nicht. Es sind zwar im Rahmen einer Umgebungsuntersuchung vom 7. September 2011 auf der Hand eines Mitarbeiters oder einer Mitarbeiterin Klebsiella pneumoniae (ESBL) festgestellt worden.[380] Dieser Befund ist jedoch zur Bewertung der Händehygiene ungeeignet. Ausweislich der Angaben des Mitarbeiters des Robert Koch-Instituts, Herrn Dr. Eckmanns, der diesen Befund hinterfragt hat, soll die Probe von der Hand genommen worden sein, nachdem die betreffende Person ein Kind behandelt und bevor sie erneut die Hände desinfiziert hat.[381]

Bezüglich der Vorrichtungen ergeben sich für die Neonatologie zumindest für die Zeit vor dem 18. Oktober 2011 unzureichende Zustände aus den Ergebnissen einer Begehung des Gesundheitsamtes. In dem dazugehörigen Protokoll ist ausgeführt, dass Händedesinfektionsspenderflaschen nach jedem Gebrauch verschlossen werden müssen, um ein Verdunsten des Alkohols und somit den Konzentrationsverlust des Desinfektionsmittels (Ethanolanteil) zu verhindern.[382] Das Gesundheitsamt hat empfohlen, alle Händedesinfektionsspenderflaschen mit einem Pumpsystem auszustatten oder entsprechend der Empfehlung der KRINKO wandständige Spendersysteme bereitzustellen.[383]

Im Übrigen befindet sich im Visitationsbericht des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene vom 8. Dezember 2011 ein Hinweis auf Defizite im Bereich der Händehygiene. Es wird dort ausgeführt:

---

[379] Protokoll Nr. 2 der Sitzung vom 12. September 2011 aus Anlass des gehäuften Auftretens von Klebsiellen ESBL auf der Station 4027, Band 3, S. 281.

[380] Prüfbericht des Instituts für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene vom 20. September 2011 zur laufenden Nr. 5, Band 9, S. 24.

[381] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2058.

[382] Protokoll der Begehung durch das Gesundheitsamt am 18. Oktober 2011, Band 1, S. 103.

[383] Protokoll der Begehung durch das Gesundheitsamt am 18. Oktober 2011, Band 1, S. 105.

> *„Auf die Einhaltung der TRBA 250 (kein Nagellack, keine künstlichen Fingernägel, kein Schmuck und keine Uhren an Händen und Unterarmen bei Notwendigkeit einer Händedesinfektion) sollte verstärkt geachtet werden, da die Effektivität der Händedesinfektion als wichtigster infektionspräventiver Einzelmaßnahme ansonsten mitunter deutlich eingeschränkt wird. Hier wurde an den Begehungstagen Verbesserungspotential sichtbar.“*[384]

Daraus leitete der Sachverständige Herr Dr. Zastrow die Bewertung ab, dass die Händehygiene im Zeitpunkt der Begehung durch das Deutsche Beratungszentrum für Hygiene in Freiburg (BZH) sehr mangelhaft gewesen sei. [385]

Der Mitarbeiter des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene, Herr Dr. Schulz-Stübner, der die Feststellungen vor Ort gemacht hat, relativierte diese Schlussfolgerungen und sprach von einem „krankenhaushygienischen Klassiker“, der eigentlich bei jeder Begehung irgendwo zu finden sei, und konkretisierte, dass im Klinikum Bremen-Mitte vereinzelt Mitarbeiter gesehen worden seien, die Eheringe getragen hätten.[386] Der weitere Mitarbeiter des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene, Herr Dr. Weißgerber, konkretisierte dies noch weiter gehend:

> *„Ich habe auch schon gemerkt, dass das in dem Bericht sicherlich etwas unscharf formuliert war, was jetzt auch zu den entsprechenden Äußerungen beigetragen hat. Konkret - ich habe auch in meinen Aufzeichnungen noch einmal nachgeschaut - hatten wir im ärztlichen Personal einen Mitarbeiter, der einen Ehering getragen hat, und wir hatten Mitarbeiterinnen angetroffen, die Nagellack an den Fingern hatten. Wir haben keine Mitarbeiter beobachtet, die irgendwelche Maßnahmen an den Patienten durchgeführt haben, sondern es war speziell bei diesem ärztlichen Bereich so, dass der Kollege umgezogen war, in seiner Bereichskleidung, in grün, und einen Kittel übergezogen hatte, uns also sozusagen fertig für die Arbeit während der Visitation begleitet hat, und dann eben einmal der Funker ging*

---

[384] Visitationsbericht des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene vom 8. Dezember 2011, Band 22, S. 15.
[385] Herr Dr. Zastrow, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/202.
[386] Herr Dr. Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/439 f.

und er dann losgesprintet ist. Man hat uns glaubhaft versichert, es werden nie die Ringe getragen, wenn man zum Patienten geht.“[387]

Herr Professor Dr. Popp berichtete über das Verhalten einzelner Mitarbeiter hinsichtlich der Händehygiene von einer Begehung und Beobachtung der Übergangs-Neonatologie-Station in der Professor-Hess-Kinderklinik am 15. März 2012:

„ … Kind h wird von einer Krankenschwester im Inkubator versorgt. Dem Kind ist ein eigener Pflegewagen mit dem Verbrauchsmaterial zugeordnet, auf dem auch die (Papier) Kurve geführt wird.

Es erfolgt jeweils eine Desinfektion der Hände und Unterarme vor dem Öffnen der Klappen. Insgesamt führt die Pflegekraft sehr häufig Händedesinfektionen durch, die auch länger dauern und teilweise auch die Unterarme einbeziehen.

Im Inkubator werden teilweise Handschuhe angezogen. Diese Handschuhe sind nicht steril und werden aus der dort liegenden Box entnommen. Im Prinzip ist dies relativ unsinnig, da zuerst die Händedesinfektion erfolgt und dann die unsterilen Handschuhe angezogen werden. Die gleiche Schwester führt eine Desinfektion des Inkubators außen durch und benutzt dann das gleiche Wischtuch auch noch zur Desinfektion der Handschuhbox (aus Karton).

Vor dem Aufziehen der Medikamente erfolgt eine Wischdesinfektion der Oberfläche des Pflegewagens mit einem Tuch aus dem Eco Wipes Eimer. Teilweise werden zwischen durch Flächendesinfektionen durchgeführt mit den Eco Wipes. Allerdings geschieht dies nicht richtig systematisch und über die gesamte Fläche. Stattdessen wird z.B. ein einziges Eco Wipe für Flächen am Inkubator, Monitor und Perfusor benutzt.

Die Versorgung des Kindes i erfolgt durch eine weitere Krankenschwester, die sich wesentlich seltener und kürzer die Hände desinfiziert. Dies gilt auch für Tätigkeiten am Inkubator mit Unterbrechungen: Da ständig der Alarm losgeht und per Hand ausgestellt werden muss, muss die Mitarbeiterin wiederkehrend die Hand aus dem Inkubator nehmen, den Alarmknopf am Monitor drücken und geht dann ohne Händedesinfektion wieder in den Inkubator.

---

[387] Herr Dr. Weißgerber, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/539 f.

Es wird auch gesehen, dass die Mitarbeiterin Schwierigkeiten hat Handschuhe anzuziehen, wahrscheinlich weil sie nach Händedesinfektion noch zu feucht sind.

(…)

Zwischen dem Eintrag in zwei verschiedene Kurven wird keine Händedesinfektion durchgeführt“[388]

Das Robert Koch-Institut konnte im Rahmen seiner Hinzuziehung keine Mängel bei der Händehygiene feststellen. Gemäß den Ausführungen des Herrn Dr. Eckmanns sei die Händehygiene bereits zuvor ein großes Thema gewesen. Es hätten bereits Schulungen stattgefunden. Es habe Unsicherheiten gegeben, insbesondere im Zusammenhang mit der Handschuhpflege. Defizite seien jedoch nicht zu sehen gewesen. Ein Audit sei nicht gemacht worden, da insoweit der Zeitpunkt ungünstig gewesen sei, weil in entsprechenden Situationen ohnehin sehr viel desinfiziert würde. Dementsprechend sei ihm geschildert worden, dass der Verbrauch von Desinfektionsmittel seinerzeit rapide zugenommen habe.[389]

Das Verhalten der Mitarbeiter auf der neonatologischen Station hat sich nach Angaben von Herrn Dr. Körner seit der Wiedereröffnung deutlich gewandelt. Dies gelte insbesondere hinsichtlich der Händedesinfektion. Hierzu gab er für die Zeit nach der Wiedereröffnung der neonatologischen Station auf die Frage nach dem Händedesinfektionsmittelverbrauch an:

„Ich kann Ihnen keine Zahl nennen, ich weiß nur, dass er drastisch gestiegen ist. Das ist aber auch gut so, Sie wissen ja aus dem HAND-KISS, also dem externen Qualitätsmanagement, dass der Verbrauch kein Indikator für Verschwendertum ist, sondern für gute Hygiene.“[390]

5.7.2. Schutzkleidung

[388] Sachverständigengutachten von Herrn Professor Dr. Popp im Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Bremen vom 28. August 2012, Band 207, S. 196 f.

[389] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2080.

[390] Herr Dr. Körner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 9/1040.

Am Klinikum Bremen-Mitte besteht eine Kleiderordnung für medizinische Bereiche vom 1. Oktober 2008, deren selbstgesetzte Ziele die Verbesserung der Klinikhygiene, die Verhütung nosokomialer Infektionen und die Arbeitssicherheit sind.[391] Die Bereichskleidung hat keinen Schutzkleidungscharakter. Dies stellt die Kleiderordnung ausdrücklich klar.[392] Die Bereichskleidung hat unter hygienischen Gesichtspunkten keine Bedeutung.[393] Die Einhaltung der Kleiderordnung wird lediglich aus disziplinarischen und psychologischen Gründen sowie hinsichtlich der Außenwirkung empfohlen.[394]

Anderes gilt für Schutzkleidung, gemeint sind damit unter anderem Überkittel-Kittel, flüssigkeitsdichte Schürze, Mund-Nasen-Schutz und Schutzbrille.[395] Insoweit sind sich die Sachverständigen einig, dass bei infizierten oder „besiedelten“ Patienten persönliche Schutzkleidung patientenbezogen eingesetzt werden muss.[396] Hierbei konnten zumindest nach den Angaben der Mitarbeiter des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene am Klinikum Bremen-Mitte bei deren Visitation am 23./24. November 2011 keine Mängel festgestellt werden. Die Schutzkleidung sei sogar dann getragen worden, wenn dies aus infektionspräventiver Sicht nicht unbedingt erforderlich gewesen sei. Bei der Handhabung seien keine Fehler aufgetreten.[397]

5.8. Krankenhauseinrichtung

Auch für die Krankenhauseinrichtung bestehen unter hygienischen Gesichtspunkten Anforderungen, die in der Neonatologie des Klinikums Bremen-Mitte unzureichend umgesetzt waren. Im Hinblick auf die Effizienz der Reinigung und der Desinfektion besteht die Empfehlung der KRINKO zu den Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen. Danach müssen Oberflächen in Bereichen der Patientenversorgung glatt und abwischbar sein.[398] Überdies bestanden am

---

[391] Kleiderordnung für medizinische Bereiche vom 1. Oktober 2008, Band 14, S. 209.

[392] Kleiderordnung für medizinische Bereiche vom 1. Oktober 2008, Band 14, S. 209.

[393] Herr Dr. Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/441; Herr Dr. Weißgerber, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/541.

[394] Visitationsbericht des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene vom 8. Dezember 2011, Band 22, S. 15.

[395] Kleiderordnung für medizinische Bereiche vom 1. Oktober 2008, Band 14, S. 209.

[396] Herr Dr. Zastrow, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/221; Herr Dr. Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/459; Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2159 f.

[397] Herr Dr. Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/442; Herr Dr. Weißgerber, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/541 f.

[398] Bundesgesundheitsblatt 2004, 51 (58).

Klinikum Bremen-Mitte Empfehlungen der Krankenhaushygiene hinsichtlich der Verwendung von Holz, Textilien und Teppichen bei der Einrichtung von Pflege-, Diagnostik und Therapieeinheiten vom Juni 1997, die unter anderem ausführen:

> *„(…)*
>
> *Holz*
>
> *1. Auf die Verwendung von Holz in medizinischen Einrichtungen muß aus hygienischer Sicht in folgenden Bereichen verzichtet werden:*
>
> *Sensible Bereiche wie OPs (auch ambulante OPs, Intensivstationen, Räumen, in denen Eingriffe durchgeführt werden (z.B. Entbindungseinheiten u.ä.) …), (…)*
>
> *(…)*
>
> *2. (…).*
>
> ***Textilien***
>
> *1. (…)*
>
> *2. (…)*
>
> *3. (…). In folgenden Bereichen dürfen keine Vorhänge angebracht werden:*
>
> - *(…)*
> - *Intensivstationen*
> - *(…)“*[399]

Im Rahmen einer Begehung der Station 4027 des Klinikums Bremen-Mitte durch das Gesundheitsamt Bremen vom 18. Oktober 2011 wurden gleichwohl in Behandlungsräumen Stoffvorhänge, Armlehnstühle aus Vollholz mit schadhaften Oberflächen und an den Arbeitsflächen offenporige Holzumlaufleisten vorgefunden.[400] Die entsprechenden Mängel wurden abgestellt.

5.9. Elternaufklärung

[399] Empfehlungen der Krankenhaushygiene hinsichtlich der Verwendung von Holz, Textilien und Teppichen bei der Einrichtung von Pflege-, Diagnostik und Therapieeinheiten vom Juni 1997, Band 14, S. 345 ff.

[400] Protokoll der Begehung durch das Gesundheitsamt vom 18. Oktober 2011, Band 1, S. 103.

Neben dem ärztlichen und pflegerischen Personal bestehen im Bereich der Neonatologie intensive Personenkontakte der Frühchen zu den Eltern. Diese Eltern-Kind-Kontakte sind ausdrücklich erwünscht und werden als medizinisch sinnvoll erachtet.[401] Voraussetzung des Eltern-Kind-Kontaktes ist jedoch eine intensive Aufklärung der Eltern über das hygienische Verhalten, insbesondere die Händehygiene. Die Sachverständigen des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene haben empfohlen, die Unterweisungen zu wiederholen und insbesondere darauf hinzuweisen, dass keine Interaktionen der Eltern untereinander erfolgen sollten.[402]

In diesem Zusammenhang sind in der Neonatologie des Klinikums Bremen-Mitte Probleme bekannt geworden. Im Rahmen eines aus Anlass des gehäuften Auftretens von Klebsiellen ESBL auf der Station 4027 durchgeführten Treffens vom 12. September 2011 heißt es im Protokoll:

> *„Bei einer erneuten Begehung ist wieder aufgefallen, dass Eltern nach dem Wickeln des Kindes eine hygienische Händedesinfektion nicht durchgeführt haben, um Infektketten zu unterbrechen. Alle Flächen in der Umgebung des Kindes sind als kontaminiert zu betrachten, da die Eltern zu diesen Flächen Handkontakte hatten.*
>
> *Herr X wird die erste Einweisung der Eltern auf der Station, auch die in die Händedesinfektion, in die Dokumentation der Patientenakte aufnehmen.*
>
> *Es wird geplant auf der Station für die Eltern, die an der Versorgung ihrer Kinder teilnehmen, 1x wöchentlich eine kleine Hygienefortbildung durchzuführen.*
>
> *(…).*
>
> *Ein mehrsprachiger Flyer im Intranet und ein Elternflyer zur Händedesinfektion steht für die Elterninformation/Einweisung zur Verfügung.*
>
> *(…)*

[401] Herr Professor Dr. Herting, Protokolle der öffentlichen Beweisaufnahme, 1/33 ff.
[402] Herr Dr. Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/462 ff.

Es werden nur noch die Eltern als Besucher der Kinder auf die Station gelassen.“[403]

Die Ausführungen belegen, dass es bezüglich des Hygieneverhaltens der Eltern Probleme gegeben hat und insoweit Bedarf zu intensivierter Unterweisung gesehen wurde. Inwieweit die bloße Aufklärung ausreichend ist, um den Elternkontakt unter dem Gesichtspunkt der Hygiene ausreichend sicher zu gestalten, wird nicht einhellig beantwortet. Teilweise, so etwa durch die Sachverständigen Herrn Professor Dr. Eikmann und Herrn Dr. Zastrow, wurden die Erfahrungen mit dem Hygieneverhalten der Eltern und Angehörigen nach einer Aufklärung als gut bezeichnet, wobei die Motivation der Eltern, dem neugeborenen Familienmitglied nicht zu schaden, angeführt wurde.[404] Demgegenüber werden vom leitenden Arzt der Neonatologie in der Asklepios Klinik in Hamburg-Barmbek, Herrn Dr. Laux, abweichende Erfahrungen geschildert. Teilweise sei grobes Fehlverhalten beobachtet worden, obwohl eine Unterweisung stattgefunden habe. Herr Dr. Laux bezeichnete dies als „Sicherheitslücke“.[405]

Auch hinsichtlich dieses Punktes kam es bereits zu einer Änderung der Vorgehensweise am Klinikum Bremen-Mitte. Frau Wendorff hat bei ihrer Anhörung am 19. Juni 2012 darauf hingewiesen, es seien nunmehr neue Verfahrensanweisungen für das Personal aufgelegt worden, um zu verdeutlichen, wie aufwendig die Eltern anzuleiten seien.[406]

5.10. Zusammenfassung

Die Krankenhaushygiene am Klinikum Bremen-Mitte wurde in den letzten Jahren von Herrn Professor Dr. Huppertz geleitet. Die rechtliche Verantwortlichkeit lag jedoch – entgegen der Ansicht der Betroffenen – bei der Ärztlichen Geschäftsführerin. Die Besetzung der Position des Krankenhaushygienikers entsprach seit der Übernahme der Leitung des Institutes für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene durch Herrn Dr. Kappler im Jahr 2007 nicht dem bremischen Landesrecht.

---

[403] Protokoll Nr. 2 der Sitzung vom 12. September 2011 aus Anlass des gehäuften Auftretens von Klebsiellen ESBL auf der Station 4027, Band 4, S. 364.

[404] Herr Dr. Zastrow, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/217 f.; Herr Professor Dr. Eikmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/112.

[405] Herr Dr. Laux, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 16/2212.

[406] Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3819.

Im Juni 2012 wurde mit Herrn Eikenberg eine fachlich ausreichend qualifizierte Person zum Leiter des Instituts berufen. Es ist erforderlich, dass dieser in Zukunft allein für das Klinikum Bremen-Mitte tätig ist. Für die Neonatologie am Klinikum Bremen-Mitte war ein Facharzt als hygienebeauftragter Arzt bestellt. Auch waren am Klinikum Bremen-Mitte hygienebeauftragte Ärzte in einer genügenden Anzahl ernannt. Die Ausstattung mit Hygienefachkräften entsprach der bis zum 5. April 2012 geltenden Krankenhaushygieneverordnung von 1990, sie lag aber unter der Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention aus dem Jahr 2009.

Am Klinikum Bremen-Mitte besteht eine ordnungsgemäße Hygienekommission. Deren Sitzungen waren jedoch in den letzten Jahren unzureichend besucht, und in der inhaltlichen Arbeit blieb die Kommission hinter ihren gesetzlichen Aufgaben zurück. Der Hygieneplan des Klinikums Bremen-Mitte wird von Experten positiv bewertet. Dennoch ist angesichts der Feststellungen des parlamentarischen Untersuchungsausschusses zu den Defiziten im Ausbruchsmanagement eine umfassende Überprüfung angezeigt. Die Anzahl der Vollzeitstellen der Hygienefachkräfte muss zur Sicherstellung der Überarbeitung und steten Aktualisierung des Hygieneplans den Vorgaben der Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen zeitnah angepasst werden. Die Dokumentation nosokomialer Infektionen erfolgte am Klinikum Bremen-Mitte nur unzureichend. Die Aufzeichnungen erfolgten in Papierform, zeitlich verzögert und nicht vollständig. Derzeit erfolgt die Implementierung eines Computersystems, der Vorgang ist noch nicht abgeschlossen. Lückenhaft war nach Ansicht der Experten auch die Patienten- und Pflegedokumentation.

Am Klinikum Bremen-Mitte wie an den meisten anderen Kliniken im Bundesgebiet werden die Patienten nicht routinemäßig auf nosokomiale Infektionen gescreent. Ein solches Routinescreening wurde seinerzeit von der KRINKO auch nicht empfohlen. Seit Beginn des Jahres 2012 empfiehlt die KRINKO ein Routinescreening bei Frühgeborenen. Wegen des Ausbruchsgeschehens erfolgte ein solches Screening in der Neonatologie des Klinikums Bremen-Mitte bereits seit Oktober 2011. Nach der Wiedereröffnung der Neonatologie im Januar 2012 wurde entsprechend den Vorgaben der KRINKO einmal wöchentlich ein Screening durchgeführt. Nach Ansicht der

Experten des Robert Koch-Institutes wäre ein Screening zweimal wöchentlich angezeigt gewesen.

Es liegen vereinzelt Erkenntnisse über Mängel bei der Umsetzung der Händehygiene in der Neonatologie des Klinikums Bremen-Mitte in der Zeit während des im Jahr 2009 beginnenden Ausbruchsgeschehens vor. Die hygienischen Anforderungen an die Krankenhauseinrichtung waren in der Neonatologie des Klinikums Bremen-Mitte nicht vollständig umgesetzt.

Wesentliche Defizite im Bereich des Hygienemanagements sind im Laufe des Untersuchungsverfahrens bereits behoben worden, oder es bestehen konkrete Planungen, sie zu beheben. Dies gilt beispielsweise für einen hinreichend qualifizierten Krankenhaushygieniker, die Dokumentation von nosokomialen Erkrankungen oder auch Aspekten der Elternaufklärung.

6. Ausstattung mit medizinischem Personal

6.1. Bedeutung der Personalausstattung für die Hygiene

Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut weist in ihrer Empfehlung zur Prävention nosokomialer Infektionen bei neonatologischen Intensivpflegepatienten mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g[407] darauf hin, dass die Überbelegung einer Station, die definitionsgemäß mit einem Mangel an angemessen ausgebildeten Schwestern, Pflegern und Ärzten einhergeht, korreliert mit einem erhöhten Risiko nosokomialer Infektionen. Zahlreiche Studien aus der Neonatologie und aus anderen Fachdisziplinen bestätigten dies übereinstimmend.[408] Sie bewiesen, dass bei gleich bleibendem Personalbestand eine Überbelegung das Risiko nosokomialer Infektionen erhöhe, beziehungsweise dass eine bessere Ausstattung mit Fachschwesternbeziehungweise -pflegern das Risiko von nosokomialen Infektionen senke. Jedoch könne auch eine quantitativ ausreichende Personalausstattung nosokomiale Infektionen nicht verhindern, wenn das vorhandene Personal schlecht ausgebildet oder mit den Arbeitsabläufen und den Hygienestandards vor Ort nicht ausreichend vertraut sei.[409]

Auch die vom parlamentarischen Untersuchungsausschuss angehörten Sachverständigen und Zeugen betonten die Bedeutung der Personalausstattung einer Station für die Einhaltung von Hygienevorschriften sowohl im Hinblick auf die Qualifikation des Personals als auch auf die Relation zwischen Pflegepersonal und Patienten. Herr Dr. Eckmanns vom Robert Koch-Institut hob bei seiner Anhörung die Bedeutung der Qualifikation des Personals hervor. Studien belegten, dass die Qualifikation des Personals sehr wichtig sei. Einen Risikofaktor sehe er in der Beschäftigung von Hilfspersonal in Zeiten der Unterbesetzung einer Station.[410] Dies bestätigte auch der Sachverständige Herr Professor Dr. Eikmann, der darauf abstellte, dass direkt am Patienten nur geschultes Personal eingesetzt werden solle.[411] Auch ein unzureichender Personalschlüssel beinhalte ein höheres Hygienerisiko. Wenn eine Station stark ausgelastet oder überlastet sei, bestehe die Gefahr des Auftretens von Hygienemängeln.[412]

---

[407] Bundesgesundheitsblatt 2007, S. 1265 ff.
[408] KRINKO-Empfehlung, Bundesgesundheitsblatt 2007, S. 1275
[409] Bundesgesundheitsblatt 2007, S. 1275 m. w. N.
[410] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2076.
[411] Herr Professor Dr. Eikmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/121 f.
[412] Herr Professor Dr. Eikmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/119 und 2/121 f.

Einschränkend betonten gerade die Sachverständigen, die als Chefärzte selbst Verantwortung an anderen Kliniken tragen, wie schwierig es sei, eine angemessene Personalstärke zu bestimmen. So führte Herr Professor Dr. Herting, der als Präsident der Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin sowie als Leiter der Lübecker Universitätskinderklinik über ein besonderes Maß an fachlicher Expertise verfügt, zu der Frage nach dem optimalen Personalschlüsse aus, dass er dies nicht pauschal beantworten könne, denn dies hänge sehr davon ab, welche Patienten gerade zu versorgen seien. Letztlich sei es eine Frage, bei der jeder Chefarzt anhand der konkreten Gegebenheiten entscheiden müsse, wie viel Personal erforderlich sei.[413] Noch kritischer äußerte sich Herr Dr. Laux, der in Hamburg Chefarzt einer neonatologischen Intensivstation ist, zu der Bedeutung dieser Empfehlungen für die medizinische Praxis:

> *„Tatsache ist, dass in den meisten Kliniken in Deutschland, soweit ich das weiß, dieser Schlüssel nicht erfüllt wird, aber es ist eine Orientierungsmarke.“*[414]

Vor dem Hintergrund dieser sachverständigen Einschätzung stellte für den parlamentarischen Untersuchungsausschuss ein besonderes Problem dar, dass die behandelnden Ärzte insgesamt von ihrem Auskunftsverweigerungsrecht Gebrauch machten.

6.2. Qualifikation des Personals

In Deutschland erfolgt die neonatologische Versorgung in Perinatalzentren in vier unterschiedlichen Stufen. Entsprechend einer Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen[415] sind zu unterscheiden: Perinatalzentrum Level 1 für die Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit höchstem Risiko, Perinatalzentrum Level 2 für die möglichst flächendeckende intermediäre Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit hohem Risiko, Perinataler Schwerpunkt für die flächendeckende Versorgung von Neugeborenen, bei denen eine postnatale Therapie absehbar ist und

---

[413] Herr Professor Dr. Herting, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 1/21.
[414] Herr Dr. Laux, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 16/2179.
[415] Vom 20. September 2005, zuletzt geändert am 20. August 2009, Bundesanzeiger S. 4450.

Geburtskliniken, in denen nur noch reife Neugeborene ohne bestehendes Risiko zur Welt kommen sollen.

Diese Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses ist bindend. Nach § 137 Abs. 1 SGB V legt der Gemeinsame Bundesausschuss einheitlich für die Versorgung aller Patienten[416] Qualitätsrichtlinien fest. Diese enthalten insbesondere Kriterien für die Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, wobei auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen sind.[417] Hierzu gehören auch Festlegungen zu den personellen und fachlichen Anforderungen für bestimmte Bereiche.[418]

6.2.1. Vorgaben

Das Konzept des Klinikums Bremen-Mitte beinhaltete bis zum Februar 2012 ein Perinatalzentrum Level 1. Die neonatologische Intensivstation befand sich in der Station 4027 im Gebäude der Frauenklinik, die pädiatrische Intensivstation in der Station 4028 im Gebäude der Professor-Hess-Kinderklinik. Entsprechend der Anlage 1 zur genannten Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses war für die Station 4027 folgende Personalausstattung erforderlich:

Die ärztliche Leitung der Behandlung eines Früh- und Neugeborenen hat einem Facharzt beziehungsweise einer Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde mit dem Schwerpunkt Neonatologie hauptamtlich zu obliegen. Dies ist der Chefarzt beziehungsweise die Chefärztin oder ein anderer Arzt beziehungsweise eine andere Ärztin in leitender Funktion. Die ärztliche Leitung der Geburtshilfe muss einem Facharzt oder einer Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Schwerpunktbezeichnung oder der fakultativen Weiterbildung "Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin" hauptamtlich übertragen werden. Die Stellvertretung der ärztlichen Leitung muss die gleiche Qualifikation nachweisen. Erforderlich ist ein Schichtdienst mit permanenter Arztpräsenz (24-Stunden-Präsenz, kein Bereitschaftsdienst).

---

[416] Also nicht nur für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung; Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, 73. Ergänzungslieferung 2012, § 137, Rn. 7.

[417] § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V.

[418] Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, 73. Ergänzungslieferung 2012, § 137, Rn. 20 f.

Der Pflegedienst der neonatologischen Intensivstation besteht aus Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern oder -pflegerinnen. Der Anteil der Pflegekräfte mit einer abgeschlossenen Fachweiterbildung im Bereich „Pädiatrische Intensivpflege“ beträgt mindestens 40 %. Für eine Übergangsfrist bis zum 31. Dezember 2015 können zur Erreichung dieses Prozentsatzes auch Pflegekräfte mit einer mindestens fünfjährigen Erfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege eingesetzt werden. Es soll möglichst in jeder Schicht eine Pflegekraft mit Fachweiterbildung eingesetzt werden. Die Stationsleitungen sollen einen Leitungslehrgang absolviert haben.

6.2.2. Qualifikation der Pflegekräfte in der Neonatologie

Diese verbindlichen Vorgaben wurden nach den Angaben des Krankenhauses Bremen-Mitte im pflegerischen Bereich in den Stationen 4027 und 4028 umgesetzt. Bei ihrer Anhörung vor dem Untersuchungsausschuss am 21. Juni 2012 überreichte die Pflegerische Geschäftsführerin Frau Wendorff eine Aufstellung vom 14. Juni 2012, derzufolge auf den Stationen 4027 und 4028 der Anteil der Gesundheits- und Kinderpfleger und/oder –pflegerinnen mit einer abgeschlossenen Fachweiterbildung im Bereich „Pädiatrische Intensivmedizin“ im Jahr 2010 21,57 % und im Jahr 2011 25 % betragen habe. Daneben habe der Anteil der Pflegekräfte mit einer mehr als fünfjährigen Erfahrung im Jahr 2010 58,63 % und im Jahr 2011 50 % betragen. In jeder Schicht sei in der Regel eine Pflegekraft mit Fachweiterbildung oder mit fünfjähriger Erfahrung in der pädiatrischen Intensivmedizin eingesetzt worden. Die Stationspflegeleitungen der Station 4027 und die stellvertretende Stationspflegeleitung der Station 4028 hätten einen Stationsleitungslehrgang absolviert.[419]

Herr Dr. Eckmanns bestätigte bei seiner Anhörung, dass das Robert Koch-Institut bei seiner Untersuchung für den Zeitraum 1. Juli 2011 bis 1. November 2011 kaum Hilfspersonal auf den Stationen 4027 und 4028 festgestellt habe.[420]

Zu der von Herr Dr. Lasch in einer E-Mail vom 29. April 2011[421] geäußerten Kritik, die Zahl der Pflegenden mit Intensivkurs liege deutlich unter 40 %, sagte Frau Wendorff,

---

[419] Schreiben der Pflegerischen Geschäftsführerin vom 14. Juni 2012, Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen (GBA-Beschluss Abs. A 7).

[420] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2076.

[421] E-Mail von Frau Wendorff vom 28. November 2011 an Herrn Dr. Hansen, der Herrn Dr. Lasch´ E-Mail vom 29. April 2011 beigefügt ist, Band 58, S. 324.

sie habe daraufhin mit Herrn Dr. Lasch gesprochen. Auch habe sie ihm schriftlich geantwortet. Sie habe ihm dargelegt, dass nach der Übergangsregelung bis Ende 2015 auch fünfjährig qualifizierte Kollegen in die Quote eingerechnet werden dürften.[422] Sie gebe Herrn Dr. Lasch insoweit jedoch recht, dass die Fachweiterbildungsquote langfristig erhöht werden müsse. Sie betrage gegenwärtig 25 %. Um die Quote zukünftig zu erfüllen, habe das Klinikum Bremen-Mitte eine pädiatrische Intensivfachweiterbildung etabliert.[423]

6.2.3. Qualifikationen im ärztlichen Bereich

Im Klinikum Bremen-Mitte waren die Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen für den ärztlichen Bereich insoweit nicht eingehalten, als der stellvertretende ärztliche Leiter nicht die erforderliche Facharztqualifikation für spezielle Geburtshilfe hatte. Das ergibt sich aus der Aussage der pflegerischen Geschäftsführerin Frau Wendorff.[424] Hintergrund war eine Fehlinterpretation der Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen. Dort ist für die Besetzung der Stellvertretung der ärztlichen Leitung mit einem Facharzt für „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ eine vierjährige Übergangsregelung vorgesehen. Diese Übergangsfrist bezog sich auf das erstmalige Inkrafttreten der Richtlinie und ist am 31. Dezember 2009 abgelaufen.[425] Nachdem man diesen Irrtum erkannt hat, hat das Klinikum Bremen-Mitte versucht, einen entsprechend qualifizierten ärztlichen Stellvertreter zu finden, was auch zum 1. Juni 2012 gelungen ist.[426]

Die weiteren Vorgaben für die Ausstattung eines Perinatalzentrums Level 1 im Hinblick auf die ärztliche Versorgung hat das Klinikum Bremen-Mitte erfüllt.[427] In einem Schreiben vom 28. Juni 2012 hat die Pflegerische Geschäftsführerin des Klinikums Bremen-Mitte dargelegt, dass in den Jahren 2010 und 2011 die Anforderungen der Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses im ärztlichen Bereich erfüllt wurden. Die hauptamtliche ärztliche Leitung hatte Herr Dr. Selzer inne, der Facharzt für

---

[422] Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 28/4039.
[423] Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 28/4039.
[424] Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3832.
[425] E-Mail von Frau Wendorff vom 8. Februar 2012 an Herrn Dr. Hansen, Band 201, S. 744 f.
[426] Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3832.
[427] Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3832.

Kinderheilkunde, Neonatologie, Pädiatrische Intensivmedizin und Pädiatrische Kardiologie ist. Sein Stellvertreter war Herr Dr. Lasch, Facharzt unter anderem für Kinderheilkunde und Neonatologie.

Die ehemalige Leiterin des Eltern-Kind-Zentrums, Frau Peter, bestätigte bei ihrer Anhörung vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss, dass die vom Gemeinsamen Bundesausschuss geforderte 24-Stunden-Präsenz eines Arztes in der Neonatologie durchgängig eingehalten worden sei, auch wenn dies zu Beginn des Jahres 2011 dazu geführt habe, dass mehr Bereitschaftsdienste, Rufdienste und Überstunden geleistet werden mussten. Die Situation habe sich ab Mai 2011 deutlich verbessert.[428] Diese Aussage wird bestätigt durch die dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss vorliegende Aufstellung der Stationsbelegung und Arztbesetzung der Station 4027 von Januar bis Oktober 2011 und der Station 4028 von Juli bis Oktober 2011[429] und durch das bereits zitierte Schreiben der Pflegerischen Geschäftsführerin vom 28. Juni 2012.

6.3. Quantitative Personalausstattung

Im Hinblick auf die Prävention nosokomialer Infektionen ist nicht nur die Qualität des Personals ausschlaggebend, sondern auch die zahlenmäßige Personalausstattung. In diesem Zusammenhang ist zunächst zu untersuchen, wie sich die finanzielle Situation der Krankenhäuser des Klinikverbundes auf die Personalausstattung auswirkte und wie im Klinikum Bremen-Mitte Personalentscheidungen getroffen wurden (6.3.1.). Sodann wird dargestellt, welche Vorgaben für die qualitative Besetzung einer Neonatologie bestehen und wie sich die Besetzung der Neonatologie am Klinikum Bremen-Mitte im Jahr 2011 darstellte (6.3.2.).

6.3.1. Sanierungskonzept der Gesundheit Nord

Seit Gründung der Gesundheit Nord im Jahr 2004 hat sich die wirtschaftliche Situation des Klinikverbundes zunächst kontinuierlich verschlechtert. Ab 2005 wurden

[428] Frau Peter, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 13/1788 f.
[429] Stationsbelegung 4027/4028 und Arztbesetzung, Aufstellung vom 21. November 2011, Band 66, S. 45 ff.

zunehmend negative Jahresergebnisse erzielt.[430] In den Jahren 2005 bis 2007 erwirtschafteten die vier kommunalen Krankenhäuser des Klinikverbundes ein operatives Defizit von 20 Millionen Euro.[431] In dem schriftlichen Sanierungskonzept der Gesundheit Nord vom 28. Mai 2008[432] führte Herr Dr. Hansen aus, dass sich das kumulierte Jahresdefizit der Krankenhäuser des Klinikverbundes ohne umfangreiche Kostenreduzierungsmaßnahmen von 55 Millionen Euro im Jahr 2009 auf 105 Millionen Euro im Jahr 2012 erhöhen könnte. Bis 2015 sei ein kumuliertes negatives Jahresergebnis von ca. 140 Millionen Euro zu erwarten. Dies hätte mittelfristig zur Insolvenz des Klinikums Bremen-Nord und des Klinikums Bremen-Mitte führen können.[433] Bereits während der Regierungskoalition von SPD und CDU beschloss daher der Senat, dass ein Personalabbau erforderlich sei, um die Kliniken zu sanieren. So heißt es in der Senatsvorlage „Zukunft der Bremer Krankenhäuser“ vom 20. Februar 2007 zum Sanierungskonzept:

> *„Hierzu sind erhebliche eigene Anstrengungen der Kliniken und des Klinikverbundes zur Umstrukturierung und einem damit verbundenen Personalabbau erforderlich.“*[434]

Dieser Sanierungskurs wurde von der Koalition bestehend aus SPD und Bündnis 90/DIE GRÜNEN im Wesentlichen fortgesetzt. Als wesentlicher Grund für die kontinuierlich steigenden Defizite sind, so das Sanierungskonzept, die im Bundesvergleich deutlich höheren Personalkosten identifiziert worden. Die Personalkostenquote habe in Bremen ca. 74 % betragen, während sie im Bundesdurchschnitt bei etwa 62 % gelegen habe. Die städtischen Krankenhäuser des Klinikverbundes in Bremen beschäftigten im Vergleich zum Bundesdurchschnitt etwa 17 % mehr Vollzeitkräfte. Das entspreche umgerechnet 940 Vollzeitkräften. Bezogen auf den ärztlichen Dienst würden in Bremen 193 Vollzeitkräfte mehr beschäftigt als im Bundesdurchschnitt. Im Hinblick auf den Pflegedienst handele es sich um 403 Vollzeitstellen.[435]

---

[430] Vorlage für die Sitzung des Senats am 24. Juni 2008, Wirtschaftliche Sanierung der Kliniken und Struktur des kommunalen Klinikverbundes, Anlage I Sanierungskonzept der Gesundheit Nord gGmbH, Band 147, S. 37.

[431] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1094.

[432] Vorlage für die Sitzung des Senats am 24. Juni 2008, Wirtschaftliche Sanierung der Kliniken und Struktur des kommunalen Klinikverbundes, Anlage I Sanierungskonzept der Gesundheit Nord gGmbH, Band 147, S. 37.

[433] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1094.

[434] Beschluss des Senates vom 20. Februar 2007: Tischvorlage vom Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, vom Senator für Inneres und Sport und von der Senatskanzlei vom 20. Februar 2007, S. 1.

[435] Vorlage für die Sitzung des Senats am 24. Juni 2008, Wirtschaftliche Sanierung der Kliniken und Struktur des kommunalen Klinikverbundes, Anlage I Sanierungskonzept der Gesundheit Nord gGmbH, Band 147, S. 39.

Nach dem Sanierungskonzept der Gesundheit Nord war deshalb neben anderen Maßnahmen, die der Einnahmenverbesserung dienten, vor allem eine Personalreduktion erforderlich. Ziel war, innerhalb von drei bis vier Jahren eine Personalstärke und Personalkosten auf Bundesniveau zu erreichen.[436] Der geplante Stellenabbau sollte ohne Kündigungen erfolgen. Die Personalreduktion sollte über das altersbedingte Ausscheiden von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie ein Auslaufen befristeter Arbeitsverhältnisse erfolgen.[437] Außerdem wurde ein Einstellungsstopp beschlossen.[438] Die Geschäftsführung der Gesundheit Nord ging davon aus, dass bei konsequenter Umsetzung des Sanierungskurses bereits ab 2010 ausgeglichene Jahresergebnisse erzielt werden könnten.[439]

Der Senat beschäftigte sich in seiner Sitzung am 24. Juni 2008 mit der wirtschaftlichen Sanierung der Kliniken und der Struktur des kommunalen Klinikverbundes. Er nahm das Sanierungskonzept der Gesundheit Nord zur Kenntnis und unterstützte ausdrücklich die darin beschriebenen Ziele und Eckpunkte zur Sanierung der Gesundheit Nord.[440] Nach Aussage von Herrn Dr. Hansen sei diese Beschlusslage auch als Auftrag an die Unternehmensleitung zu verstehen gewesen.[441] Das bestätige zum einen die Koalitionsvereinbarung vom 17. Juli 2007, nach der die erforderliche Neustrukturierung der Gesundheit Nord und der Krankenhäuser des Klinikverbundes unter anderem unter der Prämisse einer Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Wettbewerbsfähigkeit erfolgen sollte. Zum anderen solle die Umsetzung standortübergreifender Strategiekonzepte insbesondere als Grundlage für wirtschaftlichkeitsverbessernde Maßnahmen realisiert werden. Drittens komme hinzu, dass der Teilersatzneubau am Klinikum Bremen-Mitte ausweislich der Senatsbefassung im Juni 2008 durch Eigenfinanzierung des Klinikverbunds umgesetzt werden sollte.[442]

---

[436] Vorlage für die Sitzung des Senats am 24. Juni 2008, Wirtschaftliche Sanierung der Kliniken und Struktur des kommunalen Klinikverbundes, Anlage I Sanierungskonzept der Gesundheit Nord gGmbH, Band 147, S. 40.

[437] Vorlage für die Sitzung des Senats am 24. Juni 2008, Wirtschaftliche Sanierung der Kliniken und Struktur des kommunalen Klinikverbundes, Band 147, S. 24.

[438] Vorlage für die Sitzung des Senats am 24. Juni 2008, Wirtschaftliche Sanierung der Kliniken und Struktur des kommunalen Klinikverbundes, Band 147, S. 26.

[439] Vorlage für die Sitzung des Senats am 24. Juni 2008, Wirtschaftliche Sanierung der Kliniken und Struktur des kommunalen Klinikverbundes, Band 147, S. 33.

[440] Vorlage für die Sitzung des Senats am 24. Juni 2008, Wirtschaftliche Sanierung der Kliniken und Struktur des kommunalen Klinikverbundes, Band 147, S. 35.

[441] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1094.

[442] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1094 f.

Ende 2011 hatte die Gesundheit Nord nach Aussage von Herrn Dr. Hansen circa 650 Vollzeitstellen abgebaut. Davon sind etwa 100 Vollzeitstellen durch Zentralisierung in den patientenfernen Bereichen weggefallen.[443] Die Jahresergebnisse nach Einleitung des Sanierungskurses waren positiv. So schloss die Gesundheit Nord nach Aussage von Herrn Dr. Hansen gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss im Jahr 2008 mit einem Überschuss von 4,8 Millionen Euro ab, 2009 mit einem Überschuss von 5 Millionen Euro und 2010 mit einem Überschuss von 1,5 Millionen Euro. Für 2011 erwartete er nach dem vorläufigen Jahresabschluss ein Defizit von 3,9 Millionen Euro. Dies resultiere zum Teil aus der Krise nach dem Keimausbruch und zum Teil aus Abschreibungen der Gebäude, die auf dem Baufeld des Klinikums Bremen-Mitte abgerissen wurden.[444]

6.3.1.1. Zuständigkeit für Personalentscheidungen

Nach dem Gesellschaftsvertrag der Klinikum Bremen-Mitte gGmbH[445] hatte das Klinikum Bremen-Mitte zum Zeitpunkt des Ausbruchsgeschehens drei Geschäftsführer. Im Mai 2012 wurde der Gesellschaftsvertrag insoweit geändert, vorgesehen ist nunmehr eine Geschäftsführung bestehend aus einem oder mehreren Geschäftsführern.[446] Nach der Geschäftsanweisung für die Geschäftsführung vom 29. Mai 2012 besteht die Geschäftsführung derzeit aus vier Geschäftsführern.[447] Die Gesellschaft wird durch zwei Geschäftsführer gemeinschaftlich oder einen Geschäftsführer in Gemeinschaft mit einem Prokuristen nach außen vertreten. Die Gesundheit Nord hat jedoch als alleinige Gesellschafterin weitreichende Einflussmöglichkeiten. So hat der Geschäftsführer der Gesundheit Nord das Recht, an allen Sitzungen der Geschäftsführungen der einzelnen Krankenhäuser des Klinikverbundes teilzunehmen.[448]

Die Aufgaben der Geschäftsführung und deren Verteilung waren zum Zeitpunkt des Ausbruchsgeschehens in der Geschäftsanweisung für die Geschäftsführung vom 25.

---

[443] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1099.
[444] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1100.
[445] Gesellschaftsvertrag der Klinikum Bremen-Mitte gGmbH, Band 96, S. 1 ff.
[446] Gesellschaftsvertrag der Klinikum Bremen-Mitte gGmbH, Band 203, Fach 1.
[447] Geschäftsanweisung für die Geschäftsführung, Band 203, Fach 1.
[448] § 7 Abs. 12 des Gesellschaftsvertrages, insoweit unverändert in der Fassung von Mai 2012.

August 2009 geregelt.[449] Danach sind die Geschäftsführer für die ihnen zugeordneten Sachaufgaben und -bereiche zuständig. Dies ändert jedoch nichts daran, dass die Gesellschaft nach außen nur durch zwei Geschäftsführer oder einen Geschäftsführer zusammen mit einem Prokuristen vertreten werden kann. Der Geschäftsführer der Gesundheit Nord hat bei den Sitzungen der Geschäftsführung das Recht, einer Entscheidung der Klinikgeschäftsführung zu widersprechen.[450] Am 18. November 2010 beschlossen die Geschäftsführer des Klinikums Bremen-Mitte und Herr Dr. Hansen als Vorsitzender des Aufsichtsrates des Klinikums eine Ergänzung der Geschäftsverteilung der Geschäftsführung. Zum Aufgabenbereich der Pflegerischen Geschäftsführerin Frau Wendorff gehörte danach der Bereich Personal: operative Verantwortung für das komplette Personalbudget (Stellenbesetzungen, Überstunden etc.) und für das gesamte externe Personal im klinischen Bereich (Kostenstellenverantwortung).[451] Demnach lagen ab November 2010 die Entscheidungen über den Personalbereich bei der Pflegerischen Geschäftsführerin Frau Wendorff. Einstellungen durfte sie jedoch nur zusammen mit einem weiteren Geschäftsführer vornehmen.

Diese Zuständigkeit der Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte für Personalentscheidungen wurde von Herrn Dr. Hansen bei seiner Anhörung vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss mehrfach betont. Bereits aus den Senatsbeschlüssen aus den Jahren 2007 und 2008 ergebe sich, dass die Erstellung des Personalstellenplans für den jeweiligen Standort Aufgabe der örtlichen Geschäftsführung sei.[452] Stellenpläne und die Arbeitsabläufe auf den Stationen seien ebenso wie die Durchführung des notwendigen Personalabbaus Aufgaben der örtlichen Geschäftsführung.[453] Die Einstellung werde immer von der Abteilungsleitung vorgenommen, also bei den Ärzten immer von den Chefärzten. Ob eine Stelle verfügbar sei, entscheide die örtliche Geschäftsführung, die den Wirtschaftsplan einhalten müsse.[454]

Im Verlaufe seiner Anhörung legte Herr Dr. Hansen auf Nachfrage seine eigene Funktion in diesem Bereich dar:

---

[449] Geschäftsanweisung für die Geschäftsführung der Klinikum Bremen-Mitte gGmbH Band 96, S. 17 ff., eine Neufassung erfolgte am 29. Mai 2012, Band 203, Fach 2.

[450] § 2 Abs. 4 der Geschäftsverteilung.

[451] Ergänzung der Geschäftsverteilung des Klinikums Bremen-Mitte, Band 21, S. 61 f.

[452] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1097.

[453] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1123 f.

[454] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1127.

„Sie hatten jetzt nach der Funktion des Geschäftsführers gefragt, und ich habe gerade gesagt, dass der Personalbereich in meinem Geschäftsbereich lag. Natürlich haben wir seit 2008 einen Einstellungsstopp und brauchen ein Verfahren, wie man da Ausnahmegenehmigungen erteilt. Das Verfahren als solches läuft natürlich über meinen Verantwortungsbereich, wenn Sie so wollen. Darüber gibt es durchaus Einflussmöglichkeiten, aber, wie gesagt, nach einem standardisierten Verfahren, und die wesentliche Grundlage ist das, was wir schon mehrfach diskutiert haben. Wenn ein Wirtschaftsplan eingehalten wird, dann wird immer eine Ausnahmegenehmigung erteilt, und wenn das nicht der Fall ist, dann wird sie gegebenenfalls zunächst nicht erteilt, und dann gibt es weitere Gespräche mit der Geschäftsführung, wie das entsprechend zu kompensieren ist oder ob es Alternativen dazu gibt. Dazu wiederum gibt es dann auch regelmäßige Jour fixes, wo Gelegenheit besteht, diese Dinge zu besprechen, und in dringlichen Fällen findet das natürlich auch außerhalb statt.“[455]

Auf weitere Nachfrage zu diesem Themenkomplex führte Herr Dr. Hansen in seiner Vernehmung später aus:

„Es gibt eine klare Absprache mit den örtlichen Geschäftsführungen, dass ich keinerlei Entscheidungen, auch nicht personeller Natur, treffe und auch nichts in Aussicht stelle. (…) Das schließt nicht aus, dass es dann in den genannten Runden auch einmal Diskussionen zwischen der Geschäftsführung und mir gibt, wie darauf zu reagieren ist, wie das Problem zu lösen ist, aber dafür gibt es eben Strukturen, in denen das dann besprochen wird, und am Ende entscheidet es die Geschäftsführung. Wenn die Geschäftsführung in ihrem Wirtschaftsplan bleibt, ich sage einmal, konnte sie auch in der Vergangenheit personell frei agieren, denn dieses Verfahren der Ausnahmegenehmigung vom Einstellungsstopp, ich hatte das schon

[455] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1197.

> *gesagt, basiert ganz wesentlich auf der Einhaltung des Wirtschaftsplans.“*[456]

Diese Schilderung bestätigte Herr Gmajnic, der Kaufmännische Geschäftsführer der Gesundheit Nord, bei seiner Anhörung. Er betonte, die mittelfristige Personalplanung und -steuerung obliege der Geschäftsführung der jeweiligen Standorte. Bei Sondergenehmigungen vom Einstellungsstopp sei grundsätzlich Herr Dr. Hansen beteiligt worden. Die Klinikgeschäftsführung habe mit dem Personalbereich der Gesundheit Nord auch maßgeblichen Einfluss auf die Wiederbesetzung von Stellen gehabt. Einstellungsstopps für bestimmte Bereiche seien nicht pauschal ausgesprochen worden. Anträge auf Zulassung von Ausnahmen hätten die einzelnen Standorte an Herrn Dr. Hansen gerichtet, der dann letztlich entschieden habe, ob eine Stelle wiederbesetzt werde oder nicht.[457] Frau Wendorff führte aus, als personalverantwortliche Geschäftsführerin habe sie bei Herrn Dr. Hansen Ausnahmen vom Einstellungsstopp beantragen müssen. Zu bestimmten Zeiten seien keine Einstellungen vorgenommen worden. Nach Diskussionen sei es dann aber wieder zu Einstellungen gekommen.[458]

Nach dem Eindruck von Mitarbeitern des Klinikums Bremen-Mitte hatte Herr Dr. Hansen einen erheblichen Einfluss auf Personalentscheidungen und insbesondere auf Neueinstellungen. Aus dem Jahr 2011 liegen dem Ausschuss mehrere Schreiben von Mitarbeitern an Herrn Dr. Hansen vor, in denen diese sich über eine mangelhafte Personalausstattung beschweren.[459] Auch die Freistellung von Herrn Dr. Kappler und die Kündigung von Herrn Professor Dr. Huppertz beruhten auf Entscheidungen von Herrn Dr. Hansen.[460] Im Protokoll der ersten Zentrumskonferenz des Eltern-Kind-Zentrums vom 1. März 2011 wird zum Thema personelle Anträge ausgeführt:

> *„Personelle Anträge sind zur Zeit für das KBM über den jeweiligen Chefarzt/Klinikpflegeleitung/Abteilungsleitung zu stellen, via Zentrumsleitung, die Geschäftsführung. Anschließend gehen die Anträge auf personelle Umsetzungsmaßnahmen, die einer*

---

[456] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1207 f.
[457] Herr Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 18/2479.
[458] Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3865 f.
[459] Siehe unter „6.3.2.4. Ärztlicher Bereich“.
[460] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1198 f.

> *Ausnahmegenehmigung unterliegen, an das Personalcontrolling und von dort aus zu Herrn Dr. Hansen.“*[461]

Auch aus der Sicht der Assistenzärzte nahm Herr Dr. Hansen insofern eine entscheidende Stellung ein. Auf die Frage, warum er sich mit einem Schreiben an Herrn Dr. Hansen und nicht an die Klinikleitung gewendet habe, antwortete Herr Dr. Querfurt, Assistenzarzt in der Professor-Hess-Kinderklinik, er habe den Eindruck gehabt, Herr Dr. Hansen sei der richtige Ansprechpartner. In den im Vorfeld erfolgten Diskussionen und Auseinandersetzungen mit der Pflegerischen und Ärztlichen Geschäftsführung sei ihm vermittelt worden, dass Herr Dr. Hansen Einfluss auf die Personalstärke nehmen könne.[462] Zu einer ähnlichen Einschätzung kam auch Herr Dr. Marg bei seiner Anhörung. Er führte aus, wenn man im Einzelfall bei der Klinikgeschäftsführung nicht weitergekommen sei, habe man sich an Herrn Dr. Hansen gewandt.[463]

Der ehemalige Staatsrat Herr Dr. Schulte-Sasse schilderte vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss ausführlich auch die Entwicklung der Einflussnahme auf Personalentscheidungen durch Herrn Dr. Hansen:

> *„Dann hat Herr Dr. Hansen tatsächlich auch zu Beginn immer wieder eingegriffen und gesagt, das kommt nicht in Frage, diese Einstellung erfolgt nicht, oder da sind die Zielvorgaben nicht erreicht, härteres Durchgreifen! Diese Art der Kommunikation hat einen relativ hohen Unmut erzeugt. Spätestens zu diesem Zeitpunkt ist dann diese Meldung auch an mich herangetragen worden, es gibt Ärger. Ich habe dann mit Herrn Dr. Hansen ein intensives Gespräch geführt. (…) auf mein massives Drängen hin hat Herr Dr. Hansen dann tatsächlich Ende des Jahres 2008 seine Intervention gegenüber einzelnen Entscheidungen eingestellt und hat die Kliniken auf der Basis der vorgegebenen Zielmargen in Eigenverantwortung arbeiten lassen. Dann ist etwas passiert, von dem Herr Dr. Hansen im Nachhinein sagte, das hat er vorher schon gewusst, dass das passiert, was allerdings eine Katastrophe war. Im Klinikum Bremen-*

---

[461] Protokoll Konferenz Eltern-Kind-Zentrum, Band 63, S. 50.
[462] Herr Dr. Querfurth, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 17/2283.
[463] Herr Dr. Marg, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 13/1660 f.

> *Mitte - das war das Krankenhaus mit dem größten Personalüberstand - sind Neueinstellungen getätigt worden, die nicht hätten getätigt werden können oder dürfen, und zwar in einem Umfang, der im Jahr 2009 den Wirtschaftsplan des Klinikums Bremen-Mitte aufgrund der damit verbundenen personalen Zuwächse und Mehrbelastungen akut bedrohte. Das ist quasi erst drei, vier Monate, nachdem die Sache lief, deutlich geworden und war nur noch schwer zu korrigieren und zu stoppen. (…) Herr Dr. Hansen hat dann notwendigerweise wieder zu dem alten Instrumentarium zurückgegriffen, und meines Wissens ist es dann so gelaufen, wie ich es gerade geschildert habe, die Entscheidung ist vor Ort gefallen, Herr Dr. Hansen hat die Entscheidung bestätigt oder, wenn er Gründe hatte, nicht bestätigt.“*[464]

Im Verlauf seiner Anhörung führte Herr Dr. Schulte-Sasse weiter aus:

> *„Herr Hansen hat nicht einen kompletten ausnahmslosen Einstellungstopp verfügt - das hätten wir gar nicht mitgemacht -, sondern er hat die Forderung gestellt, dass ihm jede Neueinstellung vorgelegt wird, gegengezeichnet und gut begründet werden muss. Die Frage, die sich dann allenfalls für mich stellt, ist: Sind Neueinstellungen von Herrn Hansen abgelehnt worden, die aber in der Sache unzweifelhaft notwendig gewesen wären? Eine solche Situation habe ich nie vorgetragen bekommen. Sie ist auch nie in den Aufsichtsratssitzungen, auch nicht im LdW von den der Linken angehörenden oder nahestehenden Aufsichtsräten, vorgetragen worden. Deshalb gehe ich davon aus, dass es eine solche Situation nicht gegeben hat.“*[465]

Nach dem Ausscheiden von Herrn Dr. Hansen als Geschäftsführer der Gesundheit Nord stellt sich die Verteilung der Entscheidungskompetenzen wie folgt dar: Die Personalhoheit mit Ausnahme des medizinisch-technischen Bereichs, in dem nach wie vor ein Personalüberhang besteht, wurde an die Einzelstandorte zurückgegeben. Dies

---

[464] Herr Dr. Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 19/2660 f.
[465] Herr Dr. Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 19/2713.

gilt allerdings nur für Einstellungen, die sich im Rahmen des Wirtschaftsplans bewegen. Wird er überschritten, muss auch weiterhin die Geschäftsführung der Gesundheit Nord zustimmen. Alles, was darüber hinausgeht, ist weiterhin genehmigungspflichtig.[466]

Entscheidend für den Spielraum, den die einzelnen Krankenhäuser des Klinikverbundes bei Personalentscheidungen haben, ist insofern der Umstand, ob es ihnen gelingt, ihre jeweiligen Wirtschaftspläne einzuhalten. Schaffen sie dies nicht, so hat die Geschäftsführung der Gesundheit Nord einen erheblichen Einfluss auf die Personalentscheidung, weil sie für die Erteilung von Ausnahmegenehmigungen zuständig ist. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Geschäftsführung der Gesundheit Nord im Klinikverbund die Endverantwortung für die Einhaltung des Sanierungskurses trägt und wahrnimmt.

Allerdings darf die große Bedeutung der Ausnahmegenehmigungen im Rahmen der Personalsteuerung aus Sicht des parlamentarischen Untersuchungsausschusses nicht dazu führen, dass allein wirtschaftliche Fragestellungen ausschlaggebend für die Stellenbesetzung sind. Der Krankenhausträger sollte, um dies zu verhindern und eine entsprechende Bindung der Geschäftsführung der Gesundheit Nord zu gewährleisten, das Qualitätsmanagement als Unternehmensziel in den Gesellschaftsverträgen der Gesundheit Nord sowie der Krankenhäuser im Klinikverbund verankern. Auch muss die Gesundheit Nord stärker in das Hygiene- und Qualitätsmanagement eingebunden werden, damit ihre Verantwortung auch für diesen Bereich deutlich wird. Eine stärkere Integration des Klinikverbundes bei diesen Fragestellungen verhindert eine alleinige Steuerung anhand von wirtschaftlichen Kennzahlen.

6.3.1.2... Einbindung der Aufsichtsräte der Gesundheit Nord und des Klinikums Bremen-Mitte

Das Thema Personalabbau war auch Gegenstand der Beratungen in den Aufsichtsräten der Gesundheit Nord und der einzelnen kommunalen Krankenhäuser des Klinikverbundes. Das ergibt sich aus den übereinstimmenden Aussagen von Herrn Dr. Hansen und Herrn Dr. Schulte-Sasse. So betonte Herr Dr. Schulte-Sasse, dass die

[466] Herr Staatsrat Dr. Schuster, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 22/3098.

Aufsichtsratsmitglieder über die Entwicklung der Personalausstattung in den einzelnen Stationen und für einzelne Berufsgruppen informiert gewesen seien. Zu jeder Aufsichtsratssitzung hätten die Aufsichtsratsmitglieder Informationen erhalten, aus denen sich die Entwicklung des Personalbestands in den einzelnen Standorten und in den einzelnen Abteilungen ergeben habe und mit den Jahreszielen verglichen worden sei.[467] Der Aufsichtsrat habe auch Personalprobleme auf einzelnen Stationen diskutiert. Die Geschäftsführung habe den Aufsichtsrat beispielsweise darüber informiert, dass es immer wieder auf einzelnen Stationen Probleme gebe und welche Maßnahmen ergriffen worden seien. Nachdem solche Diskussionen immer häufiger aufgetreten seien, habe der Aufsichtsrat beschlossen, ein Sachverständigengutachten über die notwendige Personalbemessung auf den einzelnen Stationen einzuholen. Nach dem Ergebnis des Gutachtens, das in enger Kooperation mit dem Betriebsrat erstellt worden sei, habe es keine durchgängige Personalunterbesetzung im Klinikum Bremen-Mitte gegeben.[468] Nach Aussage von Herrn Dr. Hansen wurde der Personalabbau im Rahmen der Beratungen des Aufsichtsrats der Gesundheit Nord über den Wirtschaftsplan und die Quartalsberichte besprochen.[469] Es handelte sich um einen politischen Auftrag des Senats, der an die Gesundheit Nord und die einzelnen kommunalen Krankenhäuser weitergegeben wurde.[470]

Nach der Aussage des als Arbeitnehmervertreter in den Aufsichtsrat der Gesundheit Nord entsandten Herrn Hollnagel wurden sowohl die Personalausstattung als auch die Probleme, die sich durch den Sanierungskurs und die Sparvorgaben ergaben, angesprochen. Er betonte, Befürchtungen wegen zu geringer Personalausstattung sei immer mit dem Argument entgegen getreten worden, dass andere Kliniken in Deutschland auch mit dieser Personalstärke arbeiteten. Bremen könne es sich nicht leisten, weiterhin mit mehr Personal zu arbeiten. Im Aufsichtsrat sei aber nicht so präzise diskutiert worden. Man habe allerdings auch über die Gefahr hygienischer Mängel bei zu geringer Personalausstattung gesprochen. Für ihn sei aber nicht feststellbar gewesen, dass das Personal auf der neonatologischen Station so knapp gewesen sei, dass er darin ein medizinisches Risiko gesehen hätte.[471] Herr Dr. Gottwald vom Referat Beteiligungsmanagement bei der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit erinnerte sich, dass im Bereich der Neonatologie eher

---

[467] Herr Dr. Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 19/2634 f.
[468] Herr Dr. Schulte Sasse, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme 33/4840 ff.
[469] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1161.
[470] Frau Rosenkötter, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 20/2764.
[471] Herr Hollnagel, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 18/2569, 18/2596 und 18/2605.

angesprochen worden sei, wie viele Betten man brauche und ob die Ausstattung an Betten ausreichend sei, um die Kapazitäten abzudecken. Konkrete Diskussionen über Personal seien ihm nicht bekannt.[472]

Der Staatsrat für Gesundheit Herr Dr. Schuster gab bei seiner Anhörung vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss an, das Thema Personalabbau sei, seitdem er Aufsichtsratsmitglied sei, im Aufsichtsrat nur in allgemeiner Form diskutiert worden. Vornehmlich sei es um die Frage gegangen, im Bereich der Ärzte und Pflegekräfte keinen weiteren Personalabbau mehr vorzunehmen. Später sei das Thema gewesen, ob in diesem Bereich erforderliche Nachbesetzungen hinreichend schnell zu realisieren seien. Insbesondere bei bestimmten Fachkräften sei es inzwischen keineswegs mehr so, dass man eine Stelle, wenn man sie ausgeschrieben habe, auch besetzen könne. Das dauere manchmal mehrere Wochen oder Monate. Aufgrund des knappen Personalangebots in manchen Bereichen habe man sich auch mit der Frage möglicher Ausfallkonzepte, wie zum Beispiel Springerpools, beschäftigt.[473]

6.3.1.3. Personalentwicklung

Seit 2008 fand in den Krankenhäusern der Gesundheit Nord ein erheblicher Abbau von Personal statt. Herr Dr. Hansen hat bei seiner Anhörung vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss mitgeteilt, auf der Grundlage der Senatsbeschlüsse von 2007 und 2008 sei ein Personalabbau von 940 Vollkräften notwendig gewesen.[474] Bis zum 31. Dezember 2011 seien circa 650 Vollkräfte abgebaut worden, davon etwa 100 Vollkräfte in den patientenfernen Bereichen.[475]

Zur Ermittlung des Personalbedarfes im Klinikverbund hatte die Gesundheit Nord im Jahr 2008 das Unternehmen KPMG beauftragt.[476] Das Unternehmen ermittelte den Personalbedarf der Gesundheit Nord mit zwei Methoden, nämlich der leistungsorientierten und der erlösorientierten Methode. Bei der leistungsorientierten

---

[472] Herr Dr. Gottwald, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 17/2414.

[473] Herr Staatsrat Dr. Schuster, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 22/3015.

[474] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1097.

[475] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1099.

[476] Vorlage für die 3. Sitzung des Aufsichtsrates der Gesundheit Nord vom 21. September 2010, Band 60, S. 49; Zuschlagerteilung vom 20. Mai 2009, Band 193, S. 1 ff.

Personalbedarfsermittlung wird jede Leistung, die erbracht wird, mit einem Zeitwert hinterlegt. Dann wird aufsummiert, wie viel Zeit benötigt wird, um die Leistungen zu erbringen. Da die Datenerhebung sehr lange gedauert und KPMG Referenzzahlen aus dem Jahr 2008 zugrunde gelegt hatte, wurde bei der Ermittlung dieser Zahlen nicht berücksichtigt, dass die Gesundheit Nord zwischenzeitlich Leistungen bereits eingestellt und Stationen wegen mangelnder Auslastung geschlossen hatte.[477] Demgegenüber geht die erlösorientierte Methode von den für die erbrachten Leistungen erzielten Erlösen aus und ermittelt, wie viele Stellen in den einzelnen Dienstarten finanziert werden können. Diese Methode wird von vielen Krankenhäusern angewandt, weil sie abbildet, welche Leistungen man sich von den Einnahmen leisten kann.[478]

In einer Präsentation vom 15. Juli 2010 kam KPMG zu dem Ergebnis, dass bei einer leistungsbasierten Berechnung ein Personalüberhang in der Gesundheit Nord von 389,24 Kräften bestand (im Klinikum Bremen-Mitte: 215,09 Kräfte), bei einer erlösorientierten Betrachtung ergab sich ein Überhang von 568,3 Kräften (Klinikum Bremen-Mitte: 351,8 Kräfte).[479]

Nach der Einschätzung von Herrn Dr. Hansen hat die erlösorientierte Methode gezeigt, dass die Annahme der Gesundheit Nord aus dem Jahr 2008, es seien 860 Vollkräfte abzubauen, wovon nur ein Teil im sogenannten weißen Bereich liege, im Wesentlichen richtig gewesen sei. KPMG habe mit beiden Methoden die Anzahl der Vollkräfte, die abgebaut werden müsse, im Wesentlichen bestätigt. Nur bei den einzelnen Dienstarten gebe es Verschiebungen. Im medizinisch-technischen Dienst müsse nach KPMG mehr und im Pflegedienst weniger Personal abgebaut werden, als die Gesundheit Nord angenommen habe. Im Pflegedienst sei man im Jahr 2011 etwa auf dem Niveau angekommen, das KPMG ausgerechnet habe.[480]

Die Ergebnisse von KPMG wurden von den Mitarbeitern der Neonatologie und der Professor-Hess-Kinderklinik sehr kritisch aufgenommen. Bei einer Besprechung vom 9. Februar 2011 bemängelten die Herren Professoren Dr. Lorenz und Dr. Huppertz, dass die KPMG-Ergebnisse auf unvollständigen oder z. T. falschen Daten beruhten

---

[477] Herr Dr. Hansen, Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1119 ff.

[478] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1119 ff.

[479] Vorlage für die 3. Sitzung des Aufsichtsrates der Gesundheit Nord gGmbH am 21. September 2010, Anlage I, Band 60, S. 52 ff.

[480] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1119 ff.

und in 2009 entgegen einer Zusage keine Evaluierung der Daten erfolgt sei.[481] Herr Dr. Marg rügte vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss, KPMG habe für die Intensivstationen zu wenig Personal berechnet. Es sei nicht berücksichtigt worden, dass sich diese Intensivstationen und die Neonatologie an drei unterschiedlichen Standorten befänden. Das St.-Joseph-Stift müsse im Schichtdienst versorgt werden, außerdem müssten die Neonatologie und die Intensivmedizin versorgt werden. KPMG habe bei den Berechnungen so getan, als ob alle an einem Standort wären. Aus seiner Sicht habe KPMG häufig an der Realität vorbeigeplant.[482]

6.3.2. Quantitative Besetzung der Neonatologie im Jahr 2011

Die tatsächliche quantitative Personalbesetzung der Neonatologie ist vor dem oben geschilderten Hintergrund zu betrachten. Dabei ist zunächst festzustellen, ob und gegebenenfalls welche Empfehlungen für eine optimale Besetzung mit Pflege- und ärztlichem Personal bestehen.

6.3.2.1. Empfehlungen

Die Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses enthält keine Vorgaben für einen konkreten Personalschlüssel im pflegerischen und für den ärztlichen Bereich. Weitergehend bestehen für den Pflegebereich die Empfehlungen der Fachgesellschaften für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland aus dem Jahr 2005.[483] Auf die Empfehlungen der Fachgesellschaft verweist auch die oben genannte Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention.[484] Diese Empfehlungen sind jedoch nach § 137 SGB V nicht bindend. Für den Intensivtherapiebereich wird von den Fachgesellschaften ein Pflegeschlüssel von drei zu eins (Pflegekräfte pro Bett) und für den Überwachungsbereich von zwei zu eins empfohlen.[485]

---

[481] Besprechungsprotokoll, Personalbudget 2011 im Eltern-Kind-Zentrum, 9. Februar 2011, Band 63, S. 35.

[482] Herr Dr. Marg, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 13/1632 f.

[483] Empfehlung für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland, . http://www.gnpi.de/cms/attachments/124_051220-Version12.10.2005.pdf, abgerufen am 27. November 2012.

[484] Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2007, S. 1275.

[485] Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland.

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hat mehrere Sachverständige zur Frage des erforderlichen oder auch wünschenswerten Pflegeschlüssels auf einer neonatologischen Intensivstation angehört. Die Auskünfte dazu waren nicht einheitlich, stellten jedoch überwiegend auch auf die Empfehlungen der Fachgesellschaften ab.[486]

Die Frage eines verbindlichen Personalschlüssels für eine neonatologische Intensivstation ist nach Angaben der Experten nur schwer konkret anzugeben. Denn der Pflegeaufwand für die einzelnen Patienten fällt unterschiedlich aus. Außerdem ist der Pflegeaufwand pro Kind sehr schwer einzuschätzen, weil sich der Gesundheitszustand bei frühgeborenen Kindern sehr schnell ändern kann.[487] Ein besonderes Problem auf der Neonatologie ist, dass es auf diesen Stationen keinen kontinuierlichen Arbeitsanfall gibt. Arbeitsspitzen und Arbeitstäler können auf einer neonatologischen Station erheblich voneinander abweichen und äußerst kurzfristig wechseln. Deshalb muss man in diesem Bereich Konzepte schaffen, die ein hohes Maß an Flexibilität gewährleisten.[488]

Konsens scheint zu sein, dass eine Ausstattung von drei zu eins in der Intensivpflege und zwei zu eins in der Überwachung das Optimum darstellt. Dieses Verhältnis Pflegekräfte zu Bett berücksichtigt den gesamten Personalaufwand, der bereitgestellt werden muss, um einen ausgeglichenen jährlichen Schichtdienstplan zu ermöglichen, und führt im Ergebnis dazu, dass eine Pflegekraft nie mehr als zwei Frühgeborene zu betreuen hat.[489] Diese Werte sind jedoch nicht verbindlich und werden auch in deutschen Krankenhäusern nicht durchgängig eingehalten.[490] In der wissenschaftlichen Diskussion ist anerkannt, dass auf neonatologischen Stationen ausreichend Personal vorhanden sein muss, um Hygienerisiken zu vermeiden. Allerdings beruht die Festlegung, was ausreichend ist, durch die Fachgesellschaft lediglich auf einem „Konsensbeschluss“[491], wie Herr Dr. Schulz-Stübner ausführte:

---

[486] Siehe dazu etwa: Herr Professor Dr. Eikmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/119 und 2/146; Herr Dr. Zastrow, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/190; Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2071 ff.; Herr Dr. Laux, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 16/2179.

[487] Herr Professor Dr. Herting, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 1/21; Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2072.

[488] Herr Professor Dr. Herting, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 1/21; Herr Dr. Marg, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 13/1649.

[489] Herr Professor Dr. Herting, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 1/59 f.

[490] Herr Dr. Laux, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 16/2179.

[491] Herr Dr. Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/465.

„Da hat man sich zusammengesetzt und gesagt, gut, das ist das, von dem wir jetzt glauben, dass es aus den verschiedenen genannten Aspekten für die Versorgungsqualität sinnvoll ist.“[492]

Den konkreten Zahlen liege, so Herr Dr. Schulz-Stübner, „keine konkrete wissenschaftliche Evidenz“ zu Grunde, wonach anhand von wissenschaftlichen Studien nachgewiesen wurde, dass sicher ein hygienisches Risiko bestünde, wenn genau dieser Personalschlüssel nicht eingehalten werde.[493] Hinsichtlich des tatsächlich auf neonatologischen Stationen in Deutschland umgesetzten Personalschlüssels, machte der Präsident der Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin Herr Professor Dr. Herting deutlich, dass diese sehr von der Situation auf den einzelnen Stationen abhingen.[494] Herr Professor Dr. Herting führte weiter aus deutlich, dass auch in seiner Klinik, obwohl sie „personell sehr gut bestückt ist“,[495] es eine große Herausforderung für die Personalsteuerung darstelle, damit umzugehen, wenn plötzlich Drillinge geboren würden und diese versorgt werden müssten.[496] In Bezug auf die neonatologische Versorgung in den Niederlanden schilderte Herr Professor Dr. Friedrich, an Wochentagen sei eine Relation von zwei Kindern pro Pflegekraft gewährleistet, in der Nacht von drei Kindern je Pflegekraft. Über das Wochenende sei ein Verhältnis von vier Kindern je Pflegekraft beziehungsweise drei Kindern je Pflegekraft normal.[497]

6.3.2.2. Situation in der Pflege im Klinikum Bremen-Mitte

Mit Schreiben vom 26. Januar 2012 übersandte die Pflegerische Geschäftsführerin des Klinikums Bremen-Mitte dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss eine überarbeitete Stations- und Pflegebesetzung der Station 4027 für die Monate Januar bis Oktober 2011.[498] Danach wurde ein Pflegeschlüssel von 1:2 (1 Pflegekraft für 2 Frühgeborene) durchschnittlich überwiegend nicht erreicht.

---

[492] Herr Dr. Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/465.

[493] Herr Dr. Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/466.

[494] Herr Professor Dr. Herting, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 1/21 ff.

[495] Herr Professor Dr. Herting, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 1/24.

[496] Herr Professor Dr. Herting, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 1/21 sowie 1/25.

[497] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2951 f.[498] Stationsbelegung 4027 und Pflegepersonalbesetzung 4027, Band 66, S. 21 ff.; Anlage 5 (Auszug), Personalbesetzung/Patientenbelegung der Station 4027 für den Zeitraum Januar bis Oktober 2011.

[498] Stationsbelegung 4027 und Pflegepersonalbesetzung 4027, Band 66, S. 21 ff.; Anlage 5 (Auszug), Personalbesetzung/Patientenbelegung der Station 4027 für den Zeitraum Januar bis Oktober 2011.

Auch im Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts wird die Situation im Pflegebereich in den Stationen 4027 und 4028 dargestellt, hier für die Monate Juli bis Oktober 2011. Danach gab es erhebliche Unterschiede in der Belegung und der Besetzung der Stationen. Die Station 4027 hatte an einem Tag nur fünf und an anderen Tagen bis zu vierzehn Patienten bei einer Besetzung mit Pflegekräften zwischen zwei und sieben Mitarbeitern. Im Schnitt hatte eine Pflegekraft während einer Schicht 4,44 beziehungsweise 4,63 Patienten zu versorgen.[499]

Bei seiner Anhörung am 19. April 2012 erläuterte Herr Dr. Eckmanns diese Berechnungen. Es habe tatsächlich Schichten gegeben, in denen sich eine Pflegekraft um bis zu sechs Kinder gekümmert habe. Er könne jedoch keine Angaben dazu machen, in welchem gesundheitlichen Zustand sich die Frühchen befunden und welchen Pflegeaufwand sie erfordert hätten.[500]

Mit Schreiben vom 22. August 2011 wandten sich die Oberärzte und Vertreter des pflegerischen Personals der Stationen 4027 und 4028 an Herrn Dr. Hansen.[501] Sie rügten, die Aufstockung der neonatologischen Intensivstation von 12 auf 16 Betten sei ohne entsprechende Personalanhebung erfolgt, obwohl man gewusst habe, dass schon zum Zeitpunkt der 12-Bettenstation qualifiziertes Personal nicht in ausreichendem Maß vorgehalten worden sei. Die steigende Zahl von sehr kleinen Frühgeborenen werde also von nicht genug und nicht ausreichend qualifizierten Schwestern versorgt. Dauerhaft erkranktes Personal oder aufgrund von Schwangerschaften ausfallende Pflegekräfte würden nicht ersetzt, eine Weiterqualifizierung der Pflege, wie sie die Statuten des Level 1-Status forderten, würde wissentlich ignoriert. Nach der erheblichen Reduktion im Pflegebereich sei auch die Zahl der Mitarbeiter im ärztlichen Team reduziert worden.

Demgegenüber wies Frau Wendorff darauf hin, dass sich der Personaleinsatz speziell in der Neonatologie immer nach dem Bedarf richte. Es gebe eine an der Durchschnittsbelegung orientierte Mindestbesetzung mit Pflegepersonal, die nicht unterschritten werden sollte.[502] Dementsprechend müsse mindestens eine examinierte

---

[499] Robert Koch-Institut, Zwischenbericht (Datenstand vom 18. November 2011), Nosokomialer Ausbruch durch ESBL-bildende Klebsiella pneumoniae im Zentrum für Kinderheilkunde Klinikum Bremen-Mitte, Band 16, S. 19 ff.

[500] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2071 ff.

[501] Schreiben von Herrn Dr. Lasch, Herrn Dr. Selzer, Herrn Dr. Schwalm, Frau Dr. Runde, Herrn van Hall, Frau Teipel, Herrn Winterhalter, Herrn Neumann, Frau Bojang an die Gesundheit Nord vom 22. August 2011, Band 63, S. 118 ff.

[502] Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3859.

Gesundheits- und Kranken- oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin in einer Schicht auf einer Station anwesend sein.[503] Wenn diese Mindestbesetzung nicht eingehalten werden könne, sei es zunächst Aufgabe der Stationsleitung, Mitarbeiter aus der Freizeit zu holen oder Überstunden anzuordnen. Gegebenenfalls müsse sich die Stationsleitung an die Stationspflegeleitung oder an die Klinikpflegeleitung wenden.[504] Allerdings habe sich in der Vergangenheit immer gezeigt, dass man wegen der unterschiedlichen Arbeitsspitzen und Arbeitstäler den Personaleinsatz flexibel gestalten müsse. Diese Flexibilität habe man zum einen über eine Organisationsänderung erreicht, nämlich den Zusammenschluss der Stationen 4027 und 4028, der es ermöglicht habe, Personal mit der ausreichenden Fachqualifikation von der einen auf der anderen Station einzusetzen. Zum anderen habe man Rufbereitschaftsdienste geschaffen und über Extrawachen versucht, Aushilfspersonal, das sich auf der Station auskennt, einzuplanen.[505]

Die Personalausstattung der neonatologischen Intensivstation am Klinikum Bremen-Mitte mit Pflegekräften beschrieb Herr Dr. Hansen in einem Schreiben an die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit vom 29. November 2011 wie folgt:[506]

> *„Hinsichtlich der quantitativen Besetzung ist festzuhalten, dass im Bereich der Pflege der Schlüssel von 3:1 beziehungsweise 4:1 (Anzahl Patient pro Pflegekraft) bis auf wenige Ausnahmesituationen eingehalten worden ist…Wie bereits oben ausgeführt, lassen die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in deutschen Krankenhäusern derzeit keine Personalausstattung zu, die kontinuierlich eine Besetzung vorsieht, die besondere krankheits- oder urlaubsbedingte Ausnahmesituationen abdeckt. Dies gilt auch für die Besetzung der Neointensivstation am Klinikum Bremen-Mitte. Seitens der personalverantwortlichen Geschäftsführung des KBM wurden deshalb verschiedene Maßnahmen zur Flexibilisierung des Personaleinsatzes bei Engpasssituationen angeregt und umgesetzt….“*

[503] Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 28/4022.
[504] Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 28/4022.
[505] Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3860.
[506] Schreiben von Herrn Dr. Hansen, 29. November 2011, Band 58, S. 316 ff.

Herr Dr. Hansen erläuterte diese Angaben gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss:

> *„…auf Seite 19 des Zwischenberichts des Robert Koch-Instituts findet man, finde ich, eine sehr gute, hoch differenzierte Darstellung über die tatsächliche Pflegebesetzung, auch gerade dieses Schlüssels. Dort ist ja für jeden einzelnen Tag, sogar für jede einzelne Schicht zu sehen, wann diese Ausnahmen vorgelegen haben. Darauf bezieht sich ja auch meine Formulierung in dem Schreiben an die Frau Senatorin. Wenn man dort eine Gerade zieht - das ist ja die unterste gezackte Kurve, die diese Quote angibt -, wenn man dort bei drei eine Linie zieht, sieht man sehr schön, in welchen Schichten dieser Schlüssel nicht eingehalten worden ist, sondern darunter lag. Wenn man die Linie bei vier zieht - ich habe hier ja drei zu eins beziehungsweise vier zu eins geschrieben -, dann ist es wirklich nur in Ausnahmen der Fall gewesen. Ich habe nicht nachgezählt, wie viele Schichten es gewesen sind, aber so ist es hier gemeint.“*[507]

Eine detaillierte Aufschlüsselung der Personalbesetzung legte Herr Dr. Hansen zudem in der Aufsichtsratssitzung der Gesundheit Nord vom 14. Dezember 2011 vor. In der Präsentation zu dem Tagesordnungspunkt 2 „Sachstand Ereignisse Neonatologie“ heißt es, dass im Jahr 2011 das Verhältnis Patient/Pflegepersonal 2,83 zu 1 betragen habe. Bei diesem Wert sei zudem nicht berücksichtigt, dass die bei einem Personalengpass hinzugezogenen Rufdienste sowie die Aushilfen von der Station 4028 und von anderen Stationen das tatsächliche Verhältnis Patient/Pflegepersonal noch verbessert hätten.[508]

6.3.2.3. Überlastungsanzeigen des Pflegepersonals

Für den Bereich der Pflegekräfte lagen dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss Überlastungsanzeigen aus der Kinderklinik und der

---

[507] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1130.

[508] AR-GeNo Sitzung am 14. Dezember 2011, TOP Sachstand Ereignisse Neonatologie, Band 60, S. 115.

Neonatologie für die Jahre 2005 bis 2012 vor.[509] Der Vorsitzende des Betriebsrates am Klinikum Bremen-Mitte, Herr Hollnagel, wies bei seiner Anhörung darauf hin, dass in den Monaten April bis September 2011 lediglich vier Überlastungsanzeigen eingegangen seien. Die Zahl sei dann plötzlich angestiegen auf neun im Monat Oktober 2011. Diese Angaben stimmen mit den dem Ausschuss vorliegenden Unterlagen überein.[510] Im Vergleich mit anderen Jahren habe es - wenn man die Überlastungsanzeigen als Indikator nehme - nach Angaben von Herrn Hollnagel im Jahr 2011 keine großen Überlastungssituationen auf den Stationen 4027 und 4028 gegeben.[511]

Nach Auffassung von Herrn Hollnagel bilden Überlastungsanzeigen die Arbeitssituation in einem Bereich nicht verlässlich ab.[512] Überlastungsanzeigen sollten zu Beginn einer Schicht gestellt werden, so dass die Klinikpflegeleitung oder die Geschäftsführung noch reagieren könne, um die gemeldete Überlastungssituation auszugleichen. Das sei jedoch gerade der Schwachpunkt. Man wisse nicht, zu welchem Zeitpunkt sie gestellt worden seien. Manche Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter stellten sie zu Beginn der Schicht und teilten so mit, dass sie ihre Arbeit nicht verlässlich durchführen könnten, weil zu wenig Personal eingesetzt werde. Manche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zeigten die Überlastung jedoch erst Tage später an. Aus den Überlastungsanzeigen selbst ergebe sich nicht, wann sie gestellt worden seien.[513]

Auch der Aufsichtsrat des Klinikums Bremen-Mitte hat sich mit dem Thema Überlastungsanzeigen beschäftigt. Dazu hat Herr Staatsrat Dr. Schuster ausgeführt, wichtig sei, welche Gründe es für die Überlastungsanzeigen gebe und wie es gelinge, die Überlast zu beseitigen, so dass sie kein Dauerzustand werde. Für ihn sei deutlich geworden, dass die Klinikgeschäftsführung mit Überlastungsanzeigen verantwortungsvoll umgehe. Aus einzelnen Krankenhäusern des Klinikverbundes werde regelmäßig über Überlastungsanzeigen berichtet. Das Problem sei, dass in den Kliniken Personal knapp bemessen sei. Durch den Sanierungskurs der Gesundheit Nord sei auch der Altersdurchschnitt relativ hoch. Deshalb gebe es vermehrte Krankheitsausfälle. Das spiegele sich in Überlastungsanzeigen wider, die häufig

---

[509] Überlastungsanzeigen, Pflege, Kinderklinik, Klinikum Bremen-Mitte, Ordner 1 Band 160; Überlastungsanzeigen, Pflege, Kinderklinik, Klinikum Bremen-Mitte, Ordner 2, Band 161.

[510] Überlastungsanzeigen der Station 4027 finden sich in Band 161, S. 595 bis S. 610.

[511] Herr Hollnagel, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 18/2535 f.

[512] Herr Hollnagel, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 18/2590 f.

[513] Herr Hollnagel, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 18/2537 f.

daraus resultierten, dass kurzfristig Personal ausfalle und es damit für die verbleibenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schwierig werde, die Arbeit zu erledigen. Häufig gelinge es allerdings, kurzfristig Personal nachzusteuern.[514]

6.3.2.4. Ärztlicher Bereich

Die Ergebnisse der externen Begutachtungen und die Einsparvorgaben führten im Jahr 2011 zu erheblichen Diskussionen unter anderem hinsichtlich der ärztlichen Besetzung der Neonatologie und der Professor-Hess-Kinderklinik. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss stand insofern vor der besonderen Schwierigkeit, dass er durch Befragung der einzelnen behandelnden Ärzte den Sachverhalt nur lückenhaft aufklären konnte, weil viele der behandelnden Ärzte vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss von ihrem Aussageverweigerungsrecht Gebrauch machten. Eine Aussage der behandelnden Ärzte wäre vor allem deshalb wichtig gewesen, weil der Sachverständige Herr Professor Dr. Herting ausführte, dass für die Beurteilung, wie viel Personal vorgehalten werden muss, immer auch zahlreiche medizinische Fragen im Detail beantwortet werden müssten.[515]

Bei einer Leitungskonferenz der Professor-Hess-Kinderklinik am 18. Januar 2011 wurde betont, dass angesichts der ungenauen Angaben der Verwaltung eine detaillierte Personalplanung nahezu unmöglich sei.[516] In den nächsten Monaten wurde die Problematik der ärztlichen Vollkraftstellen immer wieder thematisiert.[517] Es kam schließlich zu einer Einigung aller Beteiligten über die Anzahl der notwendigen ärztlichen Vollkraftstellen.

Mit Schreiben vom 21. Februar 2011 wandte sich Herr Dr. Lasch an Herrn Dr. Hansen, weil er die Funktionsfähigkeit der Klinik für Pädiatrische Intensivmedizin und Neonatologie akut gefährdet sah.[518]

---

[514] Herr Staatsrat Dr. Schuster, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 20/3022 ff.

[515] Herr Professor Dr. Herting, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 1/21.

[516] Protokoll der Leitungskonferenz vom 18. Januar 2011, Band 196, S. 2.

[517] Band 196, S. 4: Sitzung vom 8. Februar; S. 6: Sitzung vom 21. Februar; S. 8 Sitzung vom 4. April; S. 12: Sitzung vom 17. Mai; S. 13: Sitzung vom 31. Mai.

[518] Schreiben Herr Dr. Lasch, 21. Februar 2011, Band 63, S. 38.

In einer E-Mail vom 2. März 2011 legte Herr Professor Dr. Huppertz die aus seiner Sicht aktuell sehr kritische Situation der Kinderklinik dar. Es werde für den April sehr schwierig sein, im ärztlichen Bereich überhaupt noch einen Dienstplan aufzustellen.[519] Da Herr Professor Dr. Huppertz dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss gegenüber schwieg, konnte nicht genauer erfragt werden, in welchem Umfang auch die neonatologische Station betroffen war.

Unter dem 9. März 2011 wies die kommissarische Leiterin des Eltern-Kind-Zentrums, Frau Dick (jetzt Peter) in einem Schreiben an Herrn Dr. Hansen darauf hin, dass man auf der Kinderintensivstation an Versorgungsgrenzen stoße.[520] Sie erläuterte diesen Umstand weiter in Schreiben vom 25. März 2011 und 6. Mai 2011.[521]

Mit E-Mail vom 1. Juni 2011 an Frau Peter wies Herr Dr. Selzer erneut auf die Arbeitsbelastung hin. So habe beispielsweise Herr Dr. Lasch an fünf Wochenenden hintereinander entweder als Hintergrund oder aber aufgrund des Fehlens der Assistenten auch als Vordergrund zusätzlich zu seinem durchgehenden Einsatz unter der Woche gearbeitet.[522]

Am 15. Juni 2011 wandten sich der Assistenzarzt Herr Dr. Querfurt und der Facharzt für Kinderheilkunde Herr Dr. Heckmann in einem Schreiben an die Geschäftsführung der Gesundheit Nord.[523] Durch die vorgenommene Stellenreduktion sei ein ausreichender Schichtbetrieb in der Professor-Hess-Kinderklinik nicht zu erreichen. Zu einer Gefährdung der stationären Kinder sei es nicht gekommen, aber die speziellen fachärztlichen Dienste könnten nicht mehr ausreichend bedient werden. Eine qualitative Unterversorgung sei die Folge. Beide Ärzte betonten bei ihrer Anhörung vor dem Untersuchungsausschuss, dass sie lediglich für die Kinderklinik, nicht jedoch für die Neonatologie sprechen könnten. Zur Situation in der Kinderklinik führte Herr Dr. Heckmann aus:

> *„Wir waren im April/Mai letzten Jahres einfach, ich sage einmal, am Ende, wir haben Hilfe gesucht und gesehen, dass die Möglichkeiten*

---

[519] E-Mail im Auftrag von Herrn Professor Dr. Huppertz, 2. März 2011, Band 63, S. 40.
[520] Schreiben Frau Dick, 9. März 2011, Band 63, S. 43.
[521] Schreiben Frau Dick, 25. März 2011 und 6. Mai 2011, Band 63, S. 54 und 71.
[522] E-Mail von Herrn Dr. Selzer, 1. Juni 2011, Band 63, S. 74.
[523] Schreiben von Herrn Dr. Querfurt und Herrn Dr. Heckmann, 15. Juni 2011, Band 61, S. 27 ff.

> *über unsere Klinikleitung, bei der GeNo-Leitung nicht nur um Personal zu bitten, sondern es auch einzufordern, ausgeschöpft waren. Das hat dazu geführt, dass wir uns zusammengesetzt und gesagt haben, das geht so nicht! Wir haben nicht an dem damaligen Chef, Herrn Huppertz, vorbei, sondern in gewisser Weise zur Unterstützung seiner Tätigkeit diesen Brief als Hilferuf losgelassen. Wir haben auch gesagt, er kann nicht nur an die Zentrumsleitung gehen, er kann nicht nur an die GeNo-Leitung auf der mittleren Ebene gehen, sondern die Gesamtbedingungen sind ja hervorgerufen durch das, was wir in Bremen haben, also geht es eigentlich auch die Politik an, absolut, und den GeNo-Aufsichtsrat und die Leitung, deshalb auch gleich so breit gefächert ausgestreut!“*[524]

Beide Assistenzärzte betonten bei ihrer Anhörung, dass unter der aus ihrer Sicht mangelhaften Personalausstattung nicht die Versorgung der stationären Patienten, sondern in erster Linie die ambulante fachärztliche Versorgung gelitten hätte.[525]

Das Schreiben von Herrn Dr. Querfurt und Herrn Dr. Heckmann wurde von Frau Peter mit Schreiben vom 21. Juni 2011 beantwortet. Das Personalkostenbudget für das Eltern-Kind-Zentrum sei Teil des Gesamtpersonalkostenbudgets des Klinikums Bremen-Mitte und damit Bestandteil des Wirtschaftsplanes 2011. Das Personalkostenbudget orientiere sich an den Leistungsmengen sowie den Ergebnissen der KPMG-Untersuchung. Für die Allgemeinpädiatrie und auch die Kinderintensivversorgung sei anhand der Dienstplannotwendigkeiten in Abstimmung mit der Geschäftsführung Bremen-Mitte und Herrn Dr. Hansen das Budget angepasst worden. Es habe mit Herrn Professor Dr. Huppertz und den Oberärzten Herrn Dr. Selzer und Herrn Dr. Lasch Einigkeit bestanden, dass die für das Jahr 2011 angepassten Werte arbeitszeitgesetzkonforme Dienstpläne ermöglichten. Derzeit werde mit externer Hilfe von Herrn Kutscher, Firma Dr. Hoff, Weidinger, Herrmann, Arbeitszeitberatung eine Arbeitszeitanalyse gestartet, um die Arbeitszeitmodelle zu optimieren.[526]

---

[524] Herr Dr. Heckmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 17/2342 f.

[525] Herr Dr. Querfurt, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 17/2277; Herr Dr. Heckmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 17/2342.

[526] Schreiben Frau Peter, 21. Juni 2011, Band 63, S. 85.

Herr Kutscher erstellte unter dem 15. Juli 2011 einen ersten Bericht[527] und kam zusammenfassend zu dem Ergebnis, weder aus den erfassten Abweichungen von den Bestimmungen des Arbeitszeitgesetzes noch aus der Überstundenentwicklung lasse sich auf eine personelle Unterausstattung der Professor-Hess-Kinderklinik schließen. Allerdings bestehe in der Neonatologie und pädiatrischen Intensivmedizin auf Grund der räumlichen Besonderheiten eine qualifikationsbezogene Besetzungsproblematik, die gegenüber dem leistungsbezogen errechneten Personalbedarf zusätzlich ca. 0,7 bis 1,5 Vollkräfte erfordern würden. Keine Feststellungen enthielt der Bericht dazu, ob innerhalb der Professor-Hess-Kinderklinik diese Defizite kompensiert werden könnten.[528] Die Ergebnisse von Herrn Kutscher wurden von Herrn Professor Dr. Huppertz in einem Schreiben vom 29. Juli 2011 kritisch hinterfragt.[529]

Mit Schreiben vom 22. August 2011 wandten sich die Oberärzte und Vertreter des pflegerischen Personals der Stationen 4027 und 4028 an Herrn Dr. Hansen.[530] Die Aufstockung der neonatologischen Intensivstation von 12 auf 16 Betten sei ohne entsprechende Personalanhebung erfolgt. Dies sei mit dem Wissen geschehen, dass schon zum Zeitpunkt der 12-Bettenstation kein ausreichendes und qualifiziertes Personal vorgehalten worden sei. Nach der erheblichen Reduktion im Pflegebereich sei auch die Zahl der Mitarbeiter im ärztlichen Team reduziert worden. Es sei zwar zuletzt eine Aufstockung erfolgt, im Saldo bestünde jedoch immer noch eine Reduktion um zwei ärztliche Mitarbeiter. Zusätzlich sei die Sekretärin der Station entzogen worden. Auch insofern wäre es für belastbare Feststellungen erforderlich gewesen, die Oberärzte und das pflegerische Personal eingehend zu befragen. Offen blieb deshalb, wie es dazu kam, dass die Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte sich mit Herrn Professor Dr. Huppertz sowie den Oberärzten Herrn Dr. Selzer sowie Herrn Dr. Lasch ausweislich des Schreibens von Frau Peter vom 21. Juni 2011 zu diesem Zeitpunkt einig war, dass „die danach für das Jahr 2011 angepassten VK Werte – Arbeitszeit konforme – Dienstpläne ermöglichen“,[531] und dass andererseits nur kurze Zeit später von dem betroffenen Chefarzt und den betroffenen Oberärzten wieder die personelle Ausstattung beklagt wurde.

---

[527] Herr Kutscher, Arbeitszeit- und Personaleinsatzregelungen und Personalbedarf, 15. Juli 2011, Band 63, S. 105 ff.

[528] Herr Kutscher, Arbeitszeit- und Personaleinsatzregelungen und Personalbedarf, 15. Juli 2011, Band 63, S. 106.

[529] Schreiben von Herrn Professor Dr. Huppertz, 29. Juli 2011, Band 63, S. 97.

[530] Schreiben von Herrn Dr. Lasch, Herrn Dr. Selzer, Herrn Dr. Schwalm, Frau Dr. Runde, Herrn van Hall, Frau Teipel, Herrn Winterhalter, Herrn Neumann, Frau Bojang an die Gesundheit Nord vom 22. August 2011, Band 63, S. 118 ff.

[531] Schreiben von Frau Peter, 21. Juni 2011, Band 63, S. 94.

Die Beweisaufnahme zeigt, dass die Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte sich dieser Probleme angenommen hat und diesbezüglich Abhilfe herbeiführte: Nach Aussage von Frau Wendorff führten die Gespräche mit den Ärzten und Pflegekräften der Professor-Hess-Kinderklinik dazu, dass für den ärztlichen Bereich für das Jahr 2011 der Wirtschaftsplan geändert worden sei. Die Geschäftsführung sei davon überzeugt worden, dass wegen der Besonderheit der Station – zwei getrennte Stationen in den Gebäuden der Frauen- und der Kinderklinik – mehr Personal erforderlich sei. Außerdem habe auch die Besetzung des Sankt-Joseph-Stiftes durch die Ärzte sichergestellt werden müssen.[532]

Problematisch war zudem, dass Unklarheiten hinsichtlich der Wiederbesetzung von Stellen bestanden. So gab es durch das im Rahmen des Sanierungskurses eingeführte Verfahren der Ausnahmegenehmigungen Verzögerungen bei den Einstellungen.[533] Nach Aussage von Herrn Dr. Heckmann war die Geschäftsführung bemüht, Missständen abzuhelfen.[534] Sie habe immer wieder Anträge auf Wiederbesetzungen gestellt. Da die Anträge von der Klinikgeschäftsführung über das Personalcontrolling an die Geschäftsführung der Gesundheit Nord und wieder zurück geleitet werden mussten, kam es zu Verzögerungen.[535] Hinzu kam, dass im Klinikum frei werdende Stellen traditionell nicht sofort wieder besetzt wurden. Dies erfolgte nach Aussage von Herrn Dr. Heckmann erst mit einem zeitlichen Verzug von einigen Monaten. Im Sommer konnte die Vakanz noch länger andauern, weil nicht so viele Kinder in Behandlung waren.[536] Je dünner die Personaldecke geworden sei, desto schwieriger sei die Situation geworden und desto eher hätte man die Stellen nachbesetzen müssen. Er habe den Eindruck gehabt, dass der Geschäftsführung der Gesundheit Nord oder des Klinikums Bremen-Mitte in gewisser Weise auch die Hände gebunden gewesen seien. Die Anfragen nach Stellenwiederbesetzungen seien aus allen Bereichen gekommen. Natürlich sei allen bewusst gewesen, dass man Geld habe einsparen müssen. Gleichzeitig bestehe aber auch noch der Versorgungsauftrag.[537] Es habe zu lange gedauert, bis Anträge auf Wiederbesetzung beantwortet worden seien. Auf die Anträge habe es keine Reaktion gegeben. Das habe Missmut erzeugt.

---

[532] Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 28/4035.[533] Frau Peter, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 13/1807 f.

[533] Frau Peter, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 13/1807 f.

[534] Herr Dr. Heckmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 17/2352.

[535] Frau Peter, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 13/1807 f.

[536] Herr Dr. Heckmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 17/2352.

[537] Herr Dr. Heckmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 17/2352.

Verlässlichkeit und Berechenbarkeit der Leistung von Personal seien so nicht gegeben gewesen.[538]

Außerdem waren nach Zeugenaussagen die Stellen nicht planbar. So führte beispielsweise Herr Dr. Querfurt aus, in den Jahren 2010 und 2011 sei lange unklar gewesen, mit wie vielen Stellen der ärztliche Bereich besetzt werden konnte. Es sei klar gewesen, dass Personal eingespart werde, der Umfang jedoch nicht. Bezogen auf die Allgemeinpädiatrie habe man nach der Stellenreduktion im Frühjahr 2011 von einer zur nächsten Woche schauen müssen, wie man arbeiten könne, weil nicht bekannt gewesen sei, ob zugesagte Neueinstellungen erfolgen würden. Es sei sogar vorgekommen, dass nach Durchführung von Vorstellungsgesprächen die Stelle dann doch nicht habe besetzt werden dürfen.[539] Nach dem Eindruck von Herrn Dr. Marg hat es im Jahr 2011 auf der Station 4027 eine knappe Personalbesetzung gegeben.[540] Anfang 2011 sei mehrere Wochen lang über die ärztliche Besetzung der Neonatologie im Klinikum Bremen Mitte diskutiert worden. Letztlich seien der Personalschlüssel und das Budget 2011 erhöht worden.[541] Als weiteren Aspekt für eine gute und hygienisch einwandfreie Arbeit nannte der kommissarische Leiter der Professor-Hess-Kinderklinik, Herr Dr. Marg, auch die Atmosphäre auf einer Station. Wenn die Stimmung gut sei, laufe auch die Arbeit besser. Seit November 2011 sei auf der Station 4027 die Stimmung schlecht gewesen. Nach der Wiedereröffnung der Station habe er nicht das Gefühl gehabt, dass zu wenig Personal vorhanden gewesen sei. Das stütze seine Auffassung, wonach die Besetzung mit Stellen allein nicht der Grund für Fehler in der Hygiene sei. Wenn man Mängel in der Hygiene vermeiden wolle, könne man nicht nur auf die Personalbesetzung schauen, sondern man müsse auch auf die Qualität und den Umgang mit dem Personaleinsatz in Spitzenzeiten schauen.[542]

Es bleibt Aufgabe der Gesundheit Nord unter den schwierigen Bedingungen eines Sanierungskurses, durch eine verstärkte Integration und Kooperation innerhalb des Klinikverbundes hier für zügige Arbeitsabläufe bei der Wiederbesetzung von Stellen zu sorgen.

---

[538] Herr Dr. Heckmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 17/2352.

[539] Herr Dr. Querfurt, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 17/2272 f.

[540] Herr Dr. Marg, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 13/1662 f.

[541] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1194; Frau Peter, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 13/17 73,1785.

[542] Herr Dr. Marg, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 13/1651.

6.3.3. Personalsituation der Station 4027 im Jahr 2012

Nach der Wiedereröffnung der Station 4027 im Januar 2012 bis zu ihrer Schließung war die Personalsituation[543] ausreichend. Das ergibt sich zur Überzeugung des parlamentarischen Untersuchungsausschusses auch aus den Aussagen von Herrn Dr. Marg[544] und Herrn Dr. Körner.[545] Detailliert beschrieb Herr Dr. Körner die Situation nach der Wiedereröffnung. Es habe immer einen Schichtdienst habenden Arzt auf der Station gegeben. Pflegerisch sei die Besetzung der Belegung angepasst gewesen. Als wieder viele kleine Kinder auf der Station gelegen hätten, sei die Schichtbesetzung entsprechend erhöht worden. Kurz vor der Schließung sei die Tagschicht mit fünf, teilweise sechs Pflegekräften besetzt gewesen. Zu dem Zeitpunkt hätten maximal 10 Kinder auf der Station gelegen. Allerdings sei allein die Anzahl der Kinder wenig aussagekräftig. Es komme immer auch auf den Krankheitsgrad an, um zu beurteilen, wie aufwändig die Pflege sich gestalte. Seiner Ansicht nach sei die Besetzungsstärke in den ersten Wochen des Jahres 2012 aber ausreichend gewesen.[546]

6.4. Ursächlichkeit einer schwankenden Personalbesetzung für die Keimübertragung?

Die Mitarbeiter des Robert Koch-Institutes haben in ihrem Zwischenbericht[547] den maximalen Patienten-zu-Pflegepersonal-Quotienten im Verhältnis zum Auftreten von Fällen für die Station 4027 analysiert. Hierzu wurde ein Expositionszeitraum von sieben Tagen angenommen; es wurde die maximale Anzahl versorgter Patienten durch eine Person des Pflegepersonals in den sieben Tagen vor Auftreten eines Falls ermittelt. 13 Fälle, die sich zwischen dem 1. Juli und dem 1. November 2011 auf der Station 4027 befanden, konnten für diese Berechnung herangezogen werden. Es wurde der Durchschnitt für die maximale Anzahl versorgter Patienten durch eine Person des Pflegepersonals aller 13 Expositionszeiträume berechnet. Dieser Wert wurde verglichen mit der maximalen Anzahl versorgter Patienten durch eine Person des Pflegepersonals an den Tagen, die nicht einem Expositionszeitraum zugeordnet

---

[543] Band 197, S. 18 und 19; Anlage 6, Personalbesetzung/ Patientenbelegung der Station 4027 für den Zeitraum Januar und Februar 2012.

[544] Herr Dr. Marg, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 13/1649 ff.

[545] Herr Dr. Körner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 9/1027, 1030.

[546] Herr Dr. Körner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 9/1027, 1030.

[547] Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 19 ff..

werden konnten. Es zeigte sich ein nicht signifikanter Unterschied von 4,63 Patienten, die durch eine Person des Pflegepersonals in den Expositionszeiträumen zu versorgen waren, zu 4,44 Patienten.

Aus diesen Äußerungen schloss Herr Staatsrat Professor Stauch in seinem Bericht:[548] Das Robert Koch-Institut gehe davon aus, dass die Schwankungen der Personalausstattung auf der Station nicht für die Besiedelung von Patienten mit den Keimen ursächlich geworden seien.[549] In seiner mündlichen Vernehmung erläuterte Herr Dr. Eckmanns die Angaben im Zwischenbericht:

> *„Wir haben dann versucht, ob wir tatsächlich feststellen können, ob es in der Zeit, in der eine Übertragung auf ein Kind wahrscheinlich stattgefunden hat, eine schlechtere Besetzung gab als an den anderen Tagen, an denen wahrscheinlich keine Übertragung stattgefunden hat. Dieses Verhältnis hatten wir versucht festzustellen, aber da konnten wir keinen Zusammenhang feststellen. Daraus hat Herr Professor Stauch dann gemacht, dass das Gegenteil der Fall wäre, wir hätten keinen Zusammenhang festgestellt, also da würde kein Zusammenhang bestehen. Das kann man daraus aber überhaupt nicht schließen, vor allen Dingen nicht, weil wir ja hier den Zeitpunkt der Übertragung im Grunde in der Regel überhaupt nicht genau nennen können, weil die Kinder gerade am Anfang immer mit einer Infektion auffällig wurden, aber die Übertragung kann schon einige Tage vorher stattgefunden haben. Dann haben sie den Erreger gehabt, und dann wurde er erst invasiv. Sie können den Erreger ja schon eine, zwei oder drei Wochen vorher gehabt haben, und weil nicht gescreent wurde, hat man den Erreger einfach vorher nicht gefunden.“*[550]

Das Robert Koch-Institut konnte folglich zwar keine positive Feststellung über einen Ursachenzusammenhang zwischen dem Keimausbruch und der Personalsituation

---

[548] Ausbruch von ESBL-bildenden Klebsielle pneunomiae im Zentrum für Kinderheilkunde Klinikum Bremen Mitte im Jahr 2011, 20. Dezember 2011.

[549] Herr Staatsrat Professor Stauch, Bericht, Ausbruch von ESBL bildenden Klebsiella pneumoniae im Zentrum für Kinderheilkunde, Klinik Bremen-Mitte im Jahr 2011, Bremen, den 20. Dezember 2011, Band 50, S. 50.

[550] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2121.

treffen. Dies erlaubt aber nicht den Umkehrschluss, dass ein solcher Zusammenhang nicht besteht.

6.5. Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass nach Meinung von Experten grundsätzlich ein Zusammenhang zwischen der quantitativen und qualitativen Ausstattung einer Station mit Personal und dem erhöhten Risiko, dass es zu Hygienemängeln kommen könnte, besteht.

Seit 2008 wurde im gesamten Bereich der Gesundheit Nord erheblich Personal abgebaut. Das entsprach auch der politischen Zielvorgabe des Senats. Grundlage war eine erlösorientierte Berechnung des Personalbedarfes. Der Umfang der Kürzungsmaßnahmen im Bereich der Neonatologie war umstritten. Zuständig für Personalentscheidungen war zunächst die örtliche Geschäftsführung. Für Neueinstellungen bestand jedoch ein von Herrn Dr. Hansen verhängter Einstellungsstopp, von dem im Einzelfall Dispens erteilt werden konnte. Herr Dr. Hansen hatte damit einen erheblichen Einfluss auf die Personalsituation in den kommunalen Krankenhäusern der Gesundheit Nord, die ihre jeweiligen Wirtschaftspläne nicht einhielten.

Die ärztliche Personalausstattung der Neonatologie am Klinikum Bremen-Mitte als Perinatalzentrum 1 entsprach in den Jahren 2010 und 2011 im Wesentlichen den gesetzlichen Vorgaben. Insbesondere der erforderliche 24-Stunden-Dienst durch einen Facharzt konnte gewährleistet werden. Allerdings führte der Personalabbau und die zögerliche Wiederbesetzung von freiwerdenden Stellen zu einer überaus angespannten Situation im Bereich der ärztlichen Versorgung. Diese wurden auf Drängen der Ärzteschaft von der Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte und der Zentrumsleitung später behoben.

Eine gesetzlich verpflichtende Vorgabe für einen Personalschlüssel für das Pflegepersonal gibt es nicht. Nach überwiegender Expertenmeinung sollte auf einer neonatologischen Station im pflegerischen Bereich ein Verhältnis von einer Pflegekraft zu zwei Patienten nicht überschritten werden. Die Experten betonen jedoch auch, dass die sehr unterschiedliche Pflegebedürftigkeit der einzelnen Frühchen eine große Rolle

bei der Personalbesetzung spielt. Unter Zugrundelegung der Personal- und Patientenzahlen für das Jahr 2011 wurde dieses empfohlene Personal zu Patienten Verhältnis auf der neonatologischen Station des Klinikums Bremen-Mitte durchschnittlich überwiegend nicht erreicht.

Für die Zeit nach der Wiedereröffnung der Station 4027 am 9. Januar 2012 konnte die Empfehlung hinsichtlich des Pflegepersonals mit wenigen Abweichungen in allen drei Schichten eingehalten werden.

Die Frage, ob die Besetzung der Neonatologie ursächlich für den Keimausbruch oder dessen weitere Verbreitung war, konnte letztlich nicht geklärt werden. Der Zwischenbericht des Robert Koch-Institutes lässt diese Frage ausdrücklich offen.

7. Reinigung und Desinfektion

Die hygienisch einwandfreie Durchführung der Reinigung und Desinfektion im Krankenhaus dient sowohl der Sauberkeit als auch der Infektionsverhütung und schützt Patienten und Personal. Die KRINKO weist in ihrer Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen“[551] darauf hin, dass unbelebte Flächen als Quelle nosokomialer Infektionen in der Risikoanalyse berücksichtigt werden müssten. Die KRINKO zitiert experimentelle Untersuchungen, nach denen Klebsiellen von unbelebten Flächen auf die Hände übertragen wurden, von denen es zu einer Weiterübertragung kam.[552] Bei einer Häufung von durch Klebsiellen bedingten nosokomialen Infektionen müsse auch ein nicht sachgerecht durchgeführtes Reinigungs- und Desinfektionsverfahren als Infektionsquelle erwogen werden.[553] Durch ein wirksames Desinfektionsverfahren komme es zu einer Verminderung von Mikroorganismen um 84 % bis 99,9 %.[554]

7.1. Vorgaben

Die KRINKO Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen“ ist als Grundlage für die Erstellung von Hygiene- und Desinfektionsplänen heranzuziehen. Anhand der Gegebenheiten vor Ort sowie aufgrund der Bewertung des Infektionsrisikos sind dann die im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen abzustimmen.

7.1.1. Empfehlung der KRINKO

Sowohl für das Personal des Krankenhauses als auch für Personal von Fremdfirmen sind der Hygieneplan und die Desinfektionspläne verbindlich.[555] Die KRINKO empfiehlt für die Festlegung von Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen eine Unterscheidung von Risikobereichen. Reinigungslösungen und in gewissem Umfang auch Desinfektionsmittellösungen, in die der Wischlappen nach Abwischen von

[551] Bundesgesundheitsblatt 2004, S. 51 ff.
[552] Bundesgesundheitsblatt 2004, S. 52.
[553] Bundesgesundheitsblatt 2004, S. 54 f.
[554] Bundesgesundheitsblatt 2004, S. 52.
[555] Bundesgesundheitsblatt 2004, S. 51.

Flächen wieder eingetaucht wird, sind schnell mit Erregern kontaminiert.[556] Die KRINKO empfiehlt daher, Reinigungs- und Desinfektionsverfahren so zu organisieren und durchzuführen, dass es nicht zu einer Erhöhung der Keimzahl und zu einem Ausbringen/Verteilen pathogener Mikroorganismen auf den Flächen kommt.[557] Empfohlen werden zudem dezentrale Desinfektionsmitteldosiergeräte. Bei diesen bestünde – im Gegensatz zu zentralen Desinfektionsmitteldosiergeräten mit Leitungsnetz im ganzen Haus – nicht die Gefahr einer Biofilmbildung. Bei der Auswahl eines geeigneten Desinfektionsmittels sei zu berücksichtigen, dass die einzelnen Präparate sich unter anderem hinsichtlich ihres Wirkungsspektrums auf Mikroorganismen unterschieden. Bei der Anwendung dürfe es nicht zu einer Selektion von Mikroorganismen kommen, die durch das eingesetzte Mittel nicht erfasst würden.[558] Das mit der Reinigung und Desinfektion betraute Personal müsse geeignet, geschult und eingewiesen sein. Die Schulungsinhalte seien mit dem Hygienefachpersonal abzustimmen. Es müsse ausreichend Zeit für die ordnungsgemäße Durchführung der Arbeiten eingeplant werden.[559]

7.1.2. Hygieneplan und Desinfektionspläne

Im Klinikum Bremen-Mitte gilt derzeit der Hygieneplan Stand Dezember 2006[560] mit späteren Ergänzungen, etwa hinsichtlich der hygienischen Bettenaufbereitung.[561] Bei einer Sitzung der Hygienekommission am 1. September 2011 wurde angesprochen, dass aufgrund starker Beanspruchung der Fachkräfte für Hygiene und Infektionsprävention in der Krankenhaushygiene in den Jahren 2010 und 2011 der Hygieneplan insgesamt nicht überarbeitet werden konnte.[562]

Zur Flächendesinfektion und Hausreinigung ist im Hygieneplan ausgeführt:

> *„Für das Klinikum Bremen-Mitte gibt es festgelegte verbindliche Standards (Leistungsverzeichnis, Leistungsbeschreibung, Arbeitsanweisungen) zur Unterhaltsreinigung im Klinikum, die mit der*

[556] Bundesgesundheitsblatt 2004, S. 54.
[557] Bundesgesundheitsblatt 2004, S. 54.
[558] Bundesgesundheitsblatt 2004, S. 55 f.
[559] Bundesgesundheitsblatt 2004, S. 57.
[560] Krankenhaushygiene, Hygieneplan, Flächendesinfektion und Hausreinigung, Band 14, S. 7-10 ff.
[561] Hygienische Anforderungen an die dezentrale Bettenaufbereitung, Band 14, S. 7-216 ff.
[562] Protokoll, Hygienekommissionssitzung vom 1. September 2011, Band 55, S. 2 ff., S. 5.

Krankenhaushygiene abzustimmen sind. Im Desinfektionsplan, er ist Bestandteil des Hygieneplans, sind alle notwendigen Desinfektions- und Reinigungsmaßnahmen bereichsspezifisch festgelegt. Er ist sowohl für das Krankenhauspersonal als auch für externe Arbeitskräfte verbindlich.

Das mit der Reinigung und Desinfektion betraute Personal muss geeignet, in regelmäßigen Abständen geschult und eingewiesen werden. Hygienerelevante Schulungsinhalte sind mit der Krankenhaushygiene abzustimmen.“[563]

Entsprechend der KRINKO-Empfehlung sind die Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen nach Risikobereichen unterteilt. Die Behandlung von Frühgeborenen ist als Bereich mit besonderem Infektionsrisiko (sensible Bereiche) eingestuft.[564] Hier werden Fußböden, Arbeitsflächen, Mobiliar und Inventar desinfiziert. Es dürfen nur gelistete Mittel verwendet werden. Verunreinigungen mit Blut, Stuhl, Urin, Erbrochenem usw. müssen gezielt mit einem desinfektionsmittelgetränkten Tuch beseitigt werden. Unter der Überschrift Methoden und Verfahren wird unter anderem ausgeführt:

„Im Klinikum Bremen-Mitte erfolgt die Durchführung der Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen nach dem Dreifarbsystem:

Blaues Wischtuch für patientennahe Flächen (Möbel, Betten, Nachtschränke usw.)

Gelbes Wischtuch für sanitäre Einrichtungen (Waschbecken, Fliesen, Wannen, Duschen)

Rotes Wischtuch für Toiletten

Die Fußbodendesinfektion wird einstufig durchgeführt. Alle verwendeten Feuchtwischbezüge und Wischtücher sind pro Raum zu wechseln und abzuwerfen. Wischtücher und Feuchtwischbezüge sind getrennt in Netzen zu sammeln, in einem chemothermischen Waschverfahren wieder aufzubereiten und zu trocknen.

Nach der Aufbereitung sind die Reinigungs- und Desinfektionsutensilien geschützt vor Kontamination durch unsaubere

---

[563] Krankenhaushygiene, Hygieneplan, Flächendesinfektion und Hausreinigung, Band 14, S. 7-117.

[564] Krankenhaushygiene, Hygieneplan, Flächendesinfektion und Hausreinigung, Band 14, S. 7-117.

Utensilien (Trennung in unreinen und reinen Bereich) aufzubewahren.“[565]

Für die neonatologische Intensivstation 4027 und die interdisziplinäre Intensivstation 4028 bestanden bzw. bestehen gesonderte Desinfektionspläne mit Stand Juli 2009.[566] Hier ist in tabellarischer Form detailliert festgelegt, welche Bereiche, zu welchem Anlass, von welcher Dienstgruppe zu desinfizieren sind. Medizinische Geräte sind danach ebenso wie die Verband-/Pflegewagen vom Pflegepersonal zu desinfizieren. Für manche Bereiche sind als zuständige Personen sowohl das Pflegepersonal als auch das Reinigungspersonal aufgeführt, dies gilt für Infusionsständer und patientennahe Flächen, Mobiliar und Arbeitsflächen. Zudem wurde dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss eine „Arbeitsanweisung zur Schlussdesinfektion“ Stand August 2006 vorgelegt.[567] Die Pflegerische Geschäftsführerin des Klinikums Bremen-Mitte, Frau Wendorff, teilte nach Vorhalt nicht eindeutiger Aufgabenzuweisungen mit, dass insoweit in der täglichen Praxis keine Ungewissheiten bestünden, weil jeder ganz genau wisse, was er zu tun habe.[568] Der parlamentarische Untersuchungsausschuss erachtet es trotz der Aussage der pflegerischen Geschäftsführerin für sinnvoll, die Verantwortlichkeiten in den Desinfektionsplänen klar zu definieren, auch vor dem Hintergrund von wechselndem Personal.

7.2. Ausführung der Reinigungsarbeiten

7.2.1. Organisation der Reinigung

Ursprünglich wurden die Reinigungsarbeiten am Klinikum Bremen-Mitte durch die Klinikservice-Gesellschaft Bremen mbH ausgeführt, deren Gesellschafter zu 51 % das Klinikum selbst und zu 49 % die Deutsche R+S Dienstleistungen Verwaltungs- und Beteiligungs GmbH (künftig: Deutsche R+S) waren. Die Klinikservice-Gesellschaft Bremen mbH war durch einen Beratungs- und Geschäftsbesorgungsvertrag an die Deutsche R+S gebunden.[569]

---

[565] Krankenhaushygiene, Hygieneplan, Flächendesinfektion und Hausreinigung, Band 14, S. 118.

[566] Desinfektionsplan Neonatale Intensivstation 4027, Stand Juli 2009; Desinfektionsplan Interdisziplinäre Intensivstation 4028, Stand Juli 2009, Band 14, S. 205 ff.

[567] Schreiben des Klinikums Bremen-Mitte an die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit vom 10. Juli 2012.

[568] Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3872.

[569] Beratungs- und Geschäftsbesorgungsvertrag, Band 202, S. 15 ff.

Zum 1. Januar 2009 erwarb die Gesundheit Nord die Gesellschafteranteile an der Klinikservice-Gesellschaft Bremen mbH. Ende des Jahres 2009 erfolgte eine Umbenennung der Klinikservice-Gesellschaft Bremen mbH in Gesundheit Nord Dienstleistungen GmbH. Sie ist eine hundertprozentige Tochter der Gesundheit Nord. Sie nimmt die Reinigungsdienstleistungen in den vier Krankenhäusern des Klinikverbunds wahr und führt dafür jährlich mit den Krankenhäusern des Klinikverbundes Budgetverhandlungen.[570]

Geschäftsführer der Gesundheit Nord Dienstleistungen sind Frau Rüßmann und der Kaufmännische Geschäftsführer der Gesundheit Nord, Herr Gmajnic. Für das operative Geschäft der Gesundheit Nord Dienstleistungen ist Frau Rüßmann verantwortlich, unterstützt durch zwei Prokuristen. Hintergrund der Bestellung von Herrn Gmajnic zum Geschäftsführer war, der Gesundheit Nord als Muttergesellschaft gewisse Durchgriffsmöglichkeiten in die Tochtergesellschaft einzuräumen.[571]

Die Gesundheit Nord Dienstleistungen hat einen Geschäftsbesorgungsvertrag mit der Deutschen R+S. Danach übernimmt die Deutsche R+S die fachliche und kaufmännische Beratung bei der Führung des Unternehmens. Zudem nimmt sie Aufgaben in den Bereichen Personalwesen, Buchhaltung und Rechnungswesen sowie Steuern und Finanzen wahr.[572] Die Gesundheit Nord Dienstleistungen betreibt kein eigenes operatives Geschäft, sondern kauft dieses über den Geschäftsbesorgungsvertrag von der Deutschen R+S als externe Dienstleistung ein. Die beiden Prokuristen sind in einer Doppelfunktion einerseits für die Gesundheit Nord Dienstleistungen und andererseits für die Deutsche R+S tätig und steuern insoweit für die Gesundheit Nord Dienstleistungen und ihren Geschäftsbesorger das gesamte operative Geschäft der Reinigungsdienstleistungen.[573]

Hintergrund dieser Rechtskonstruktion sei es gewesen, so Herr Gmajnic, wie deutschlandweit in Kliniken üblich, die externe Expertise einer Reinigungsgesellschaft in die Krankenhäuser des Klinikverbundes zu holen, da einerseits deren Kerngeschäft

---

[570] Für das Klinikum Bremen-Mitte: Herr Dr. Pfeiffer, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahmen, 27/3918.

[571] Herr Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahmen, 25/3640.

[572] § 2 des Beratungs- und Geschäftsbesorgungsvertrags zwischen der Klinikservice-Gesellschaft Bremen mbH und der Deutsche R+S Dienstleistungen Verwaltungs- und BeteiligungsGmbH, Band 202, S. 16 ff.

[573] Herr Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahmen, 25/3627.

nicht die Unterhaltsreinigung sei und andererseits externe Dienstleister in Qualität und Effizienz tendenziell besser seien.[574] Die Verbindung zwischen der Gesundheit Nord Dienstleistungen und der Deutschen R+S mit gemeinsamer Verantwortung für das operative Geschäft erlaube die einheitliche Wahrnehmung der Reinigungsleistungen nach Anweisungen durch die Geschäftsführung der Gesundheit Nord Dienstleistungen.[575] Der Vertrag mit der Deutschen R+S wurde zum 31. Dezember 2012 vorzeitig gegen eine Kompensationszahlung gekündigt.[576] Herr Staatsrat Dr. Schuster teilte dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss als Grund für die vorzeitige Vertragsbeendigung mit, der Innenrevision der Gesundheit Nord sei problematisches tarifliches Verhalten aufgefallen.[577] Auch Herr Gmajnic betonte, es handele sich nicht um eine Folge des Ausbruchs von ESBL-bildenden Klebsiellen auf der neonatologischen Station.[578]

Die Reinigung der Kliniken erfolgt laut Herrn Gmajnic jetzt durch eigenes Personal der Gesundheit Nord Dienstleistungen und durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheit Nord, die der Tochtergesellschaft Gesundheit Nord Dienstleistungen überlassen werden.[579] Seit dem 1. Juli 2012 gilt für die Mitarbeiter/innen der Gesundheit Nord Dienstleistungen ebenfalls der TVöD.[580] Gleichwohl liegt die Bezahlung unter dem Niveau des TVöD-K.[581]

Die Organisation der Reinigung im Rahmen einer hundertprozentigen Tochter der Gesundheit Nord ist seitens des parlamentarischen Untersuchungsausschusses nicht zu beanstanden. Jedoch erfordert eine sachgerechte Wahrnehmung dieser Funktion durch die Gesundheit Nord, dass diese in das Hygienemanagement der einzelnen Krankenhäuser zumindest so integriert wird, dass dieser Bereich sachgerecht wahrgenommen werden kann.

7.2.2. Grundlagen der Reinigung

---

[574] Herr Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahmen, 25/3629.

[575] Herr Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahmen, 25/3630.

[576] Herr Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahmen, 25/3629 und 3658; Herr Staatsrat Dr. Schuster, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 22/3150.

[577] Herr Staatsrat Dr. Schuster, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 22/3149.

[578] Herr Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3629.

[579] Herr Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3628.

[580] Herr Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3665.

[581] Herr Gamjnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3667.

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme bilden der Hygieneplan und die Desinfektionspläne der einzelnen Stationen die Grundlage der Reinigung. Daneben sind auch Brandschutzpläne und sonstige gesetzliche Richtlinien, die am Standort jeweils Gültigkeit entfalten, von Bedeutung.[582]

Die Gesundheit Nord Dienstleistungen ist verpflichtet, den Vorgaben entsprechend zu arbeiten und ihre Arbeitsanweisungen daran auszurichten.[583] Nach Aussage von Frau Rüßmann werden die Arbeitsanweisungen von der Deutschen R+S erstellt. Sie würden in der Regel mit der Krankenhaushygiene abgestimmt.[584] Das hat auch Herr Gmajnic bestätigt.[585]

Demgegenüber ergibt sich aus einer Aktennotiz über ein Seminar für Objektleiter der Gesundheit Nord Dienstleistungen vom 7. bis 9. März 2012,[586] dass die von Herrn Tiemann erstellten Arbeitsanweisungen nicht mit den Hygienefachkräften abgesprochen worden seien. Die Hygienefachkräfte hätten keine Kenntnis von den Inhalten der Arbeitsanweisungen.[587] Dazu hat Frau Wendorff ausgeführt, sie habe versucht, im Hinblick auf die Arbeitsanweisungen zu recherchieren. Nach Auskunft der Hygienefachkräfte hätten diese in der Vergangenheit keine Kenntnis von den Arbeitsanweisungen für die Reinigung gehabt. Das Klinikum Bremen-Mitte habe einen Leistungsvertrag mit der Gesundheit Nord Dienstleistungen. Deshalb habe man sich darauf verlassen, dass die Arbeitsanweisungen in Ordnung seien. Für die Zukunft solle das Verfahren geändert werden. Zukünftig sei geplant, dass der Krankenhaushygieniker die Arbeitsanweisungen für die Reinigung überprüfe.[588]

7.2.3. Quantitative Anforderungen an die Reinigung

Der Umfang der Unterhaltsreinigung bestimme sich laut Herrn Gmajnic nach Berechnungen, die aus Erfahrungswerten abgeleitet würden und auch Benchmarks

---

[582] Herr Gamjnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3627.

[583] Herr Gamjnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3630; Herr Tiemann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3700; Herr Dr. Pfeiffer, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3898.

[584] Frau Rüßmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 26/3735.

[585] Herr Gamjnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3632.

[586] Krankenhaushygiene, Seminar für Objektleiter der GeNo Dienstleistungen, Aktennotiz, Band 202, S. 10 f. der 1. Paginierung

[587] Krankenhaushygiene, Seminar für Objektleiter der GeNo Dienstleistungen, Aktennotiz, Band 202, S. 11 der 1. Paginierung

[588] Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3843.

unterlägen. Sofern spezielle Reinigungen oder Sonderreinigungen erforderlich würden, würden diese gesondert beauftragt.[589] Dies hat Frau Rüßmann bestätigt. Nach ihrer Bekundung bestimme sich der Umfang der eingekauften Reinigung anhand von Bundes-, Durchschnitts- und Erfahrungswerten.[590] Zugrunde gelegt werde das sogenannte Hamburger Modell.[591] Dabei handele es sich um einen kurzen Kennzeichenkatalog für den Personalbedarf in der Krankenhausreinigung, der aus zwei Elementen bestehe, den Raumgruppen und den Quadratmetern pro Stunde für die einzelnen Raumgruppen.[592]

Die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit hat dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss Raumbuch, Leistungsbeschreibung und Leistungsverzeichnis für die Reinigung der Stationen 4027 und 4028 vorgelegt.[593] Danach sind die Räume des Klinikums Bremen-Mitte in bestimmte Raumgruppen eingeteilt. Je nach Raumgruppe wird entsprechend dem Leistungsverzeichnis gereinigt.

Nach Aussage von Frau Rüßmann bestimme das einzelne Krankenhaus des Klinikverbundes, was, wie oft und mit welcher Intensität gereinigt werden solle. Das Raumbuch lege im Prinzip nur den Standort fest und werde zur Abrechnung der Dienstleistungen herangezogen. Für das operative Geschäft sei es aber nicht relevant.[594]

Um die erforderliche Reinigungsleistung messbar zu machen, werden zunächst im Raumbuch die Flächen dokumentiert, die Gegenstand einer Unterhaltsreinigung sind. Im Klinikum Bremen-Mitte liegt das Raumbuch in digitaler Form[595] als Excel-Tabelle[596] vor. Parallel dazu gibt es bestimmte Leistungsklassen und -gruppen, in denen die Reinigungshäufigkeit für bestimmte Raumgruppen und die Reinigungsintensitäten festgelegt werden. Aus diesen Daten kann zusammen mit dem Raumbuch ein Gesamtreinigungsquadratmeterwert berechnet werden, der pro Jahr durch die

---

[589] Herr Gamjnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3632 f.
[590] Frau Rüßmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 26/3737
[591] Frau Rüßmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 26/3785.
[592] Qualiitätsmanagementhandbuch, www.kolleg.loel.hs-anhalt.de/forschung/hauswirtschaftselbstkurs/kurs/themen_druck.php?kurs=1&lenr=3id=9).
[593] Raumbuch, Leistungsbeschreibung und Leistungsverzeichnis Station 4027 und 4028, Band 80, S. 1 ff.
[594] Frau Rüßmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 26/3734.
[595] Herr Tiemann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3687.
[596] Herr Dr. Pfeiffer, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3907.

Gesundheit Nord Dienstleistungen zu erbringen ist.[597] Insgesamt wird nach Aussage von Herrn Gmajnic im Bereich der Reinigung differenziert, mit welcher Reinigungsintensität und in welcher Zeitdauer die Räume gereinigt werden.[598]

Diese Darstellung zur Ermittlung des Reinigungsumfangs hat Herr Tiemann, der für die Reinigung zuständige Bereichsleiter der Gesundheit Nord Dienstleistungen, im Wesentlichen bestätigt. Er hat ausgeführt, je nach seiner Nutzung werde ein Raum in die entsprechende Raumgruppe eingepflegt. Über Leistungsverzeichnisse sei festgelegt, wie ein Zimmer zu reinigen sei.[599] Werde die Nutzung eines Raumes verändert, erhalte die Gesundheit Nord Dienstleistungen über das Raumbuch eine Veränderungsanzeige.[600] Allen Raumgruppen sei eine bestimmte Leistungszahl zugeordnet, anhand derer dann die Ausführung pro Stunde errechnet werden könne. Im so genannten Preisblatt werde über die Raumgruppen eine Zuordnung zur Häufigkeit der erforderlichen Reinigungsleistung hergestellt. Über diese Häufigkeit sei auch eine Leistungszahl hinterlegt.[601]

Der Personalbestand im Bereich der Reinigung ist nach Aussage von Herrn Gmajnic in der Summe in den letzten Jahren nicht signifikant reduziert worden. Nähere Angaben dazu könne er aber wegen Strukturveränderungen, die sich in diesem Bereich ergeben hätten, nicht machen.[602] Ergänzend dazu hat Herr Tiemann erklärt, nach seinem Kenntnisstand hätten Veränderungen im Raumbuch über die Leistungszahlen nicht stattgefunden.[603] Auch Frau Rüßmann teilte mit, nach ihren Informationen habe sich die Anzahl der Reinigungsstunden 2010/2011 sogar leicht erhöht.[604] Im hier interessierenden Bereich der Neonatologie sei die Reinigungszeit im Jahr 2011 erhöht worden.[605] Laut Raumbuch seien die Mitarbeiter mit geplanten 5,4 Stunden eingesetzt worden. Die Zeitvorgabe sei erst auf sechs Stunden, dann – da wegen der Keimvorfälle spezielle Schutzkleidung angelegt werden musste - auf acht Stunden Reinigungszeit erhöht worden. Letzteres hat auch Herr Dr. Pfeiffer bestätigt.[606]

---

[597] Herr Gamjnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3627.
[598] Herr Gamjnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3661.
[599] Herr Tiemann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3672.
[600] Herr Tiemann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3672.
[601] Herr Tiemann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3673.
[602] Herr Gamjnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3630.
[603] Herr Tiemann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3679.
[604] Frau Rüßmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 26/3740.
[605] Frau Rüßmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 26/3737.
[606] Herr Dr. Pfeiffer, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3898.

Von Seiten des parlamentarischen Untersuchungsausschusses wurde in der öffentlichen Beweisaufnahme kritisiert, dass ihm zunächst nicht die aktuellen Raumbücher zur Verfügung gestellt wurden. Ihm wurde ein Raumbuch der Station 4027 mit Stand vom 1. März 2012 übersandt.[607] Die Quadratmeterangaben dort stimmten nicht mit den Grundrissangaben auf der dem Robert Koch-Institut zur Verfügung gestellten Grundrisskarte überein. Auch die beschriebenen Funktionen der Räume und damit ihre Zuordnung zu bestimmten Reinigungsklassen bildete nicht die tatsächliche Nutzung ab. Beispielsweise wurde der Säuglingsintensivraum 445 im Raumbuch als Aufbereitungsraum, der Säuglingsintensivraum 441 als Lager bezeichnet. Auch die in diesem Raumbuch benannte Reinigungsklasse entsprach nicht der einer Intensivstation.[608] Deshalb ist der parlamentarische Untersuchungsausschuss der Frage nachgegangen, ob im Bereich der Reinigung in mehreren Bereichen mit veralteten Angaben gearbeitet werde.[609] Dazu hat die Gesundheit Nord im Nachgang erklärt, fälschlicherweise seien dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss falsche Raumbuchauszüge der Stationen 4027 und 4028 übermittelt worden, die Übertragungsfehler hinsichtlich der Raumnummerierung enthielten. Die Räume 440, 441 und 445 der Station 4027 würden als Patientenzimmer genutzt und seien dementsprechend gemäß Leistungsverzeichnisraumgruppe C (sensible Bereiche sowie OP, Kreissaal und Intensivstation) gereinigt worden. Gleiches gelte für die Räume 2.019, 2.024, 2.026, 2.027, 2.028 und 2.028 a der Station 4028.[610]

7.2.4. Einarbeitung und Schulung des Reinigungspersonals

Nach dem Leistungsvertrag Reinigungsleistungen zwischen dem Klinikum Bremen-Mitte und der Klinik-Servicegesellschaft Bremen mbH, der Rechtsvorgängerin der Gesundheit Nord Dienstleistungen, ist der Auftragnehmer verpflichtet, die zu erbringenden Leistungen ordnungsgemäß und fachgerecht in gleichbleibender Qualität auszuführen.[611] Er ist verpflichtet, nur ausreichend geschultes und eingewiesenes Personal einzusetzen. Die Schulungen sind in einem halbjährigen Abstand auf dem Gelände bzw. innerhalb der Gebäude des Klinikums Bremen-Mitte durchzuführen. Schulungsthemen sind dem Auftraggeber jährlich aktualisiert jeweils unaufgefordert

[607] Tabelle ZKH Bremen, Frauen Klinik, Stand 1. März 2012, Band 80, S. 16.
[608] Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 23/3323 f.
[609] Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 23/3325.
[610] Band 203, letzter Abschnitt.
[611] § 1 Abs. 3 Leistungsvertrag – Reinigungsleistungen, Band 203, 3. Abschnitt, S. 2.

mitzuteilen. Die Teilnahme ist dem Klinikum Bremen-Mitte per Unterschriftsdokumentation nachzuweisen.[612] Eventuell eingesetzte ausländische Arbeitskräfte müssen der deutschen Sprache in Wort und Schrift mächtig sein.[613]

Dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss liegt das Diagramm „Einarbeitungskonzept Krankenhausreinigung“ Stand Juli 2011 der Gesundheit Nord Dienstleistungen vor. Danach erfolgt nach einer Untersuchung durch den arbeitsmedizinischen Dienst am 1. Tag eine Einweisung durch einen erfahrenen Mitarbeiter und am 2. und 3. Tag die gemeinsame Reinigung mit einem erfahrenen Mitarbeiter. Der neue Mitarbeiter wird ständig begleitet. Ab dem 4. Tag arbeitet der neue Mitarbeiter allein; regelmäßige Kontrollen durch erfahrene Mitarbeiter sind vorgesehen. Für die Bereiche Sanitärreinigung, OP-Bereich und Schlussdesinfektion gibt es gesonderte Einarbeitungskonzepte jeweils in Diagrammform.

Die Beweisaufnahme hat ergeben, dass die Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Reinigung entsprechend der Vorgaben aus dem Einarbeitungskonzept erfolgt. Das haben die Zeugen Herr Thiemann, Frau Rüssmann und Herr Niehoff bekundet. Herr Tiemann hat dargelegt, es gebe einen Schulungsnachweis und eine Checkliste für die Einstellung neuer Mitarbeiter. Danach würden mit den Mitarbeitern bestimmte Fragestellungen angesprochen.[614] Es gebe ein Einarbeitungskonzept, in dem die Einarbeitung geregelt sei. Demzufolge werde eine neue Reinigungskraft von einem erfahrenen Mitarbeiter oder einer erfahrenen Mitarbeiterin begleitet, der oder die ihr die Prozessabläufe zeige. Die Einarbeitung werde von der Vorarbeiterin begleitet.[615] Neue Reinigungskräfte würden zunächst in Bereichen eingesetzt, die hygienisch nicht so problematisch seien.[616] Frau Rüßmann hat das geschilderte Verfahren bestätigt. Nach ihren Informationen gebe es bei der Einstellung einen sogenannten Mitarbeitercheck, bei dem Mitarbeiter genau unterwiesen und ihnen bestimmte wichtige Gegebenheiten erklärt würden. Es erfolge eine Einarbeitung am Arbeitsplatz. In den OP-Bereichen sei eine einwöchige Einarbeitungszeit vorgesehen.[617]

---

[612] § 1 Abs. 10 Leistungsvertrag – Reinigungsleistungen, Band 203, 3. Abschnitt, S. 3.
[613] § 1 Abs. 6 Leistungsvertrag – Reinigungsleistungen, Band 203, 3. Abschnitt, S. 2.
[614] Herr Tiemann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3675.
[615] Herr Niehoff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 30/4267.
[616] Herr Tiemann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3677.
[617] Frau Rüßmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 26/3738 f.

Zusätzlich werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Reinigungsdienstes einmal jährlich mit Hilfe einer Power-Point-Präsentation geschult.[618] Darüber hinaus befassen sich die Schulungen mit praktischen Inhalten. Herr Niehoff, der Qualitätsbeauftragte der Gesundheit Nord Dienstleistungen, hat zum Thema Händedesinfektion ausgesagt, dass nunmehr eine Schwarzlichtlampe eingesetzt werde, um eventuelle Defizite bei der Händedesinfektion den einzelnen Mitarbeitern aufzuzeigen. So könnten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gleich erkennen, wann sie Fehler gemacht hätten. Alle anderen praktischen Inhalte würden an einem Systemwagen vermittelt. Beim Themenbereich Schlussdesinfektion werde beispielsweise gelehrt, wie Schutzkleidung anzulegen ist.[619] Daneben gibt es ausweislich der Aussage von Herrn Niehoff zweimal jährlich sogenannte Mitarbeiteraudits, die seiner Auffassung nach als Schulung am Arbeitsplatz anzusehen sind. Hier würden die Mitarbeiter in einem Rollenspiel unterwiesen. Er lasse sich von den Reinigungskräften erklären, wie sie arbeiteten. So könne er nachvollziehen, ob die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die an sie gestellten Anforderungen verstanden hätten und auch umsetzten. Zu den Unterweisungen und Schulungen zählen nach Auffassung von Herrn Niehoff auch Fragen anlässlich der Reinigungskontrollen.[620]

Nach Aussage von Frau Rüßmann gibt es jährliche Schulungspläne, die allerdings im Laufe der Zeit noch einmal angepasst worden seien. Im Jahr 2012 sei die Schulungsfrequenz erhöht worden. Die Unterweisungen zur Aufbereitung von Infektionszimmern erfolge mittlerweile quartalsweise, die sonst vierteljährlichen Mitarbeiteraudits erfolgten für die Intensivbereiche jetzt monatlich.[621]

7.2.5. Qualitätsüberprüfungen

Die Arbeit des Reinigungsdienstes wird durch die jeweiligen Vorarbeiterinnen und die Objektverantwortlichen überprüft. Zusätzlich hat die Gesundheit Nord Dienstleistungen gemeinsam mit dem Klinikum Bremen-Mitte ein Reinigungskontrollsystem eingeführt. Nach Aussage von Herrn Thiemann werden für jeden Verantwortungsbereich neun Reinigungskontrollen durchgeführt, die sich auf die bereits gereinigten Bereiche

---

[618] Herr Tiemann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3675; Frau Rüßmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 26/3738 f.

[619] Herr Niehoff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 30/4268.

[620] Herr Niehoff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 30/4285 ff.

[621] Frau Rüßmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 26/3738.

erstrecken.[622] Vier davon führten die Vorarbeiterinnen und Vorarbeiter der Gesundheit Nord Dienstleistungen oder die Objektverantwortlichen durch. Vier Reinigungskontrollen erfolgten durch die Hauswirtschaftsleitungen oder deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die letzte Reinigungskontrolle werde von der Hauswirtschaftsleitung gemeinsam mit dem Qualitätsbeauftragten durchgeführt. Aus diesen Kontrollen werde eine Durchschnittsnote ermittelt. Zusätzlich gebe es eine dokumentierte monatliche Auswertung.[623] Dies hat Herr Dr. Pfeiffer gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss bestätigt.[624] Bei den Kontrollen handele es sich – so Herr Niehoff - um visuelle Reinigungskontrollen mit subjektiven Bewertungen der Reinigungsergebnisse. Es fänden keine mikrobiologischen Kontrollen statt.[625] Die Reinigungsqualität in den einzelnen Räumen werde nach dem Schulnotensystem bewertet. Daraus werde ein Durchschnittswert ermittelt, der in einer Monatsmatrix aufgeführt werde, die am Monatsende den Geschäftsführern beziehungsweise auch den Verantwortlichen des Reinigungsdienstes und der Hauswirtschaftsleitung zur Verfügung gestellt würden. Zusätzlich ergebe sich im Jahresverlauf auch eine Jahresauswertung für die einzelnen Bereiche.[626]

Herr Niehoff erläuterte, eine Nachreinigung werde ab der Note 4 angeordnet. In der Regel gehe die Vorarbeiterin mit der Mitarbeiterin die Fehler durch und gebe den Auftrag, nachzureinigen. Im Anschluss erfolge eine Kontrolle durch die Vorarbeiterin oder die Hauswirtschaftsleitung. Es werde nochmals überprüft, ob die Abweichungen behoben seien.[627]

Dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss wurde die Jahresauswertung 2011 der Beurteilung der Reinigungsleistungen im Klinikum Bremen-Mitte vorgelegt. Danach lag die Bewertung der Reinigung in der Frauenklinik und in der Kinderklinik in jedem Monat des Jahres 2011 um den Wert von 2,5 (sehr gut: 1,0; sehr schlecht: 4,0).[628]

7.3. Kritik an den Reinigungs- und Desinfektionsleistungen

[622] Herr Tiemann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3680.
[623] Herr Tiemann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3679.
[624] Herr Dr. Pfeiffer, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3919.
[625] Herr Niehoff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 30/4263.
[626] Herr Niehoff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 30/4264.
[627] Herr Niehoff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 30/4265.
[628] Jahresauswertung Klinikum Bremen-Mitte, Tabellen und Diagramme, Band 127, S. 25.

7.3.1. Interne Kritik

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hat keine Hinweise darauf gefunden, dass es vor dem Ausbruch von ESBL-bildenden Klebsiellen auf der neonatologischen Station auf der Ebene der Geschäftsführung der Gesundheit Nord Hinweise auf Missstände im Bereich der Reinigung geben hätte. Auf die Frage, ob ihn als Geschäftsführer der Gesundheit Nord jemals grundsätzliche Beschwerden über die Frage des Reinigungsmanagements erreicht hätten, die sich zum Beispiel auf nicht ausreichend geschultes Personal oder welches, das nicht der deutschen Sprache mächtig sei, bezögen, antwortete Herr Dr. Hansen bei seiner Anhörung vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss:

> *„Nein, daran kann ich mich auch nicht erinnern. Nun ist es ja sehr häufig so, dass in diesen Bereichen ausländische Bürger tätig sind. Das ist ja im Bereich der Reinigung in vielen Unternehmen der Fall. Insofern wäre das auch nichts, was ganz ungewöhnlich wäre, aber Beschwerden haben mich nicht erreicht. Wir haben ja auch das Instrument der kontinuierlichen Patientenbefragung, wo die Patienten auch solche Angaben machen können. In dem, was wir da so jährlich auswerten, war das nirgendwo eine besonders häufige Beschwerde. So würde ich das beantworten wollen. Dass es da immer wieder Beschwerden gibt, hat ein gewisses Maß an Normalität, und dem muss man aber natürlich im Einzelfall dann nachgehen. Ich verstehe dieses Protokoll so, dass man das auch getan hat. Im Detail ist das nicht zu mir gelangt.“*[629]

Auch aufgrund der hausinternen Kontrollen wurden nach Aussage von Herrn Gmajnic keine erheblichen Reinigungsmängel festgestellt.[630] Das bestätigte im Wesentlichen Herr Niehoff, der ausführte es habe bei den hausinternen Kontrollen eher wenige Beanstandungen gegeben. Einen prozentualen Anteil vermochte er aber nicht zu schätzen.[631]

Eine kritische Diskussion der Reinigungsleistungen fand vor allem in der Hygienekommission statt. In einer Sitzung der Hygienekommission vom 10. März 2011 wurde das Reinigungsregime kontrovers diskutiert. Als offene Punkte wurden

---

[629] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1136.
[630] Herr Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3635.
[631] Herr Niehoff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 30/4275.

aufgeführt: „nicht geschultes Personal, Personal, das nicht der deutschen Sprache mächtig ist, Desinfektionsmaßnahmen nach 16:00 Uhr und am Wochenende, die Erreichbarkeit der Zuständigen, die Situation in Notfallsituationen, die Desinfektion von patientennahen Flächen am Wochenende auf Intensivstationen und die unklaren Informationsflüsse von Station zum Reinigungsdienst am Wochenende oder nach 16:00 Uhr in besonderen Fällen“.[632] Auch in der Sitzung der Hygienekommission vom 1. September 2011 war die Reinigung Thema. Es wurde geschildert, dass durch die Gesundheit Nord Dienstleistungen lediglich eine jährliche Schulung erfolge, neue Reinigungskräfte würden daher nicht sofort geschult, und es komme vor, dass sie von den Mitarbeitern aus der Pflege eingewiesen werden müssten. Gewünscht wurde eine monatliche Schulung der neuen Reinigungskräfte.[633] In einer Aktennotiz der Hygienefachkraft Frau Benz im Zusammenhang mit dem Keimausbruch ist am 27. Oktober 2011 vermerkt: „Die Reinigungskraft kannte sich örtlich nicht aus.“[634] Demgegenüber führten die Sachverständigen Herr Dr. Schulz-Stübner und Herr Dr. Weißgerber vom Deutschen Beratungszentrum für Hygiene in Freiburg in ihrem Bericht vom 8. Dezember 2011 aus, dass auf der neonatologischen Intensivstation Stammpersonal eingesetzt worden sei.[635]

Unmittelbar nach dem Bekanntwerden von ESBL-bildenden Klebsiellen am Klinikum Bremen-Mitte setzte eine breite Diskussion im Klinikum Bremen-Mitte ein, wie die Qualität der Reinigungsleistungen verbessert werden könnte.

In einer E-Mail vom 5. November 2011 berichtete der damalige Leiter des Institutes für Hygiene, Herr Dr. Kappler, in Waschbecken und Siphons der Stationen 4027, 4028 und 3804 gebe es Hinweise auf das Vorhandensein von Klebsiellen oder anderen Enterobakterien. Es seien Siphons in Zimmern betroffen, die in der Woche zuvor eine Grundreinigung oder eine Abschlussdesinfektion erfahren hätten. Der normale Umfang einer Abschlussdesinfektion umfasse wohl nicht die Desinfektion der Siphons. Von einer Grundreinigung wie auf der Station 4027 müsse aber erwartet werden, dass sämtliche Keimquellen beseitigt würden. Es müsse dringend geregelt werden, wer die

---

[632] Protokoll der Hygienekommissionssitzung vom 10. März 2011, Band 55, S. 12 der 1. Paginierung

[633] Protokoll der Hygienekommissionssitzung vom 1. September 2011, Band 55, S. 2 der 1. Paginierung

[634] Krankenhaushygiene, Gehäuftes Auftreten von Klebsiellen ESBL auf der Station 4027, Fortlaufende Aktennotiz, 27. Oktober 2011, Band 55, S. 197 der 2. Paginierung.

[635] Deutsches Beratungszentrum für Hygiene, Zusammenfassender Bericht: Visitation Klinikum Bremen-Mitte, Band 22, S. 12.

Säuberung der Siphons vornehme, bevor am nächsten Montag ein Desinfektor komme.[636]

Am 28. November 2011 war die Qualifikation des Personals der Gesundheit Nord Dienstleistungen Tagesordnungspunkt auf der Sitzung der Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte.[637] Es wurde über diverse Beschwerden von Patienten und von den Hygienefachkräften berichtet. Als problematisch werde eingeschätzt, dass die Hygienefachkräfte von der Gesundheit Nord Dienstleistungen auf Anforderung keine detaillierten Schulungsnachweise erhalten hätten. Auch auf der Ebene der Gesundheit Nord wurde die Erbringung der Reinigungsleistungen diskutiert. Bei einem Monatsgespräch des Konzernbetriebsrates mit der Geschäftsführung der Gesundheit Nord vom 19. Dezember 2011 berichtete der Konzernbetriebsratsvorsitzende, dass die Gesundheit Nord Dienstleistungen die Zeitvorgaben gekürzt habe. Es wurden Probleme mit der Bestimmung der Reinigungsleistungen geschildert, da die Raumbücher zum Teil nicht ordnungsgemäß seien.[638] Insofern hat die Beweisaufnahme – wie ausgeführt – hinsichtlich der neonatologischen Station ergeben, dass es dort nicht zu einer Kürzung der Zeitvorgaben gekommen ist.

Darüber hinaus kam es im Zusammenhang mit der Renovierung und anschließenden Wiedereröffnung der Station 4027 um den Jahreswechsel 2011/2012 zu Beschwerden über die Reinigung. In einem Schreiben vom 27. Dezember 2011 beschwerte sich die damalige Ärztliche Geschäftsführerin des Klinikums Bremen-Mitte, Frau Dr. Kuss, über eine „völlig ungenügende Reinigungssituation auf der Station 4027 nach stattgehabter Reinigung und Desinfektion in den vergangenen Tagen“.[639] Unabhängig von der Tatsache, dass Anfang Januar 2012 die Abschlussdesinfektion schließlich ein gutes Ergebnis gebracht hat und die Station 4027 deshalb aus hygienischer Sicht wieder eröffnet werden konnte,[640] nahm die Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte die Situation Ende Dezember 2011 zum Anlass, nochmals die Reinigungsleistungen zu überprüfen und zu verbessern.

So führte Frau Dr. Kuss in einer weiteren E-Mail vom 12. Januar 2012 aus:

---

[636] E-Mail Dr. Kappler vom 5. November 2011, Band 55, S. 61 der 2. Paginierung.
[637] Protokoll der Geschäftsführungssitzung vom 28. November 2011, Band 203, 5. Unterteilung, S. 74 f.
[638] Monatsgespräch Konzernbetriebsrat/Geschäftsführung GeNo, 21. November 2011, Band 187, S. 500.
[639] Handschriftliches Schreiben von Frau Dr. Kuss, 27. Dezember 2011, Band 116, S. 10 der 4. Paginierung.
[640] E-Mail Herr Dr. Kappler an Herrn Dr. Wunderle vom 5. Januar 2012, Bd. 100, S. 276.

> *„Nach den Erlebnissen mit der Abschlussreinigung der renovierten Station 4027 vor dem Wiederbezug bin ich jetzt dabei schrittweise erstmals mit unseren Hauswirtschaftskräften den Teil der Vereinbarungen durchzuarbeiten, den es für Reinigungsstandards gibt. Mir scheint da vieles unklar formuliert zu sein und die Kräfte, die eingesetzt werden, scheinen doch erheblichen Schulungsbedarf zu haben! Da gibt es wohl viele „Missverständnisse“.“*[641]

Seit Januar 2012 gab es – so Herr Dr. Pfeiffer - einen sogenannten Qualitätszirkel Reinigung, den Frau Dr. Kuss initiiert habe. Ihr sei aufgefallen, dass es Probleme im Reinigungsdienst geben könnte. Da sie damals in der Geschäftsführung für Hygiene verantwortlich gewesen sei, habe sie den Qualitätszirkel Reinigung einberufen. Man habe die Dokumente überprüft und überarbeitet, die den Inhalt und die Qualität der Reinigung festlegen.[642] Hier sei auch diskutiert worden, die Schulungsfrequenz des Reinigungspersonals zu erhöhen.[643] Als Auftraggeber sei das Klinikum befugt, entsprechende Maßnahmen zu verlangen. Diesen Punkt werde man, wenn auch eine Prüfung durch den Facharzt für Hygiene, Herrn Eikenberg, der seit dem 1. Juni 2012 für die Krankenhäuser des Klinikverbundes als Krankenhaushygieniker tätig sei, zu diesem Ergebnis komme, gegebenenfalls mit der Gesundheit Nord Dienstleistungen diskutieren und dann auch entsprechend umsetzen.[644] Herr Dr. Pfeiffer merkte weiter kritisch an, die Zusammenarbeit mit der Gesundheit Nord Dienstleistungen müsse besser werden.[645]

Mit Schreiben vom 2. März 2012 teilte die Gesundheit Nord Dienstleistungen mit, es seien ergänzenden Maßnahmen für den Reinigungsdienst insbesondere auf der Station 4027 durchgeführt worden. Am 9. November 2011 habe nach dem Umzug der Station 4027 auf die Interimsstation 3911 eine Sonderunterweisung zum Thema Desinfektion und Organisationsabläufe gemeinsam mit dem Pflegedienst stattgefunden. Am 4. November 2011 erfolgte eine praktische Unterweisung in der Reinigung von Infektionszimmern auf der Station 4 der Kinderklinik. Am 19. Dezember 2011 nahmen Mitarbeiterinnen der Gesundheit Nord Dienstleistungen an der

---

[641] E-Mail Frau Dr. Kuss, Band 201, S. 459.
[642] Herr Dr. Pfeiffer, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3890.
[643] Herr Dr. Pfeiffer, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3914.
[644] Herr Dr. Pfeiffer, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3914.
[645] Herr Dr. Pfeiffer, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3906.

Hygienepräsentation und Hygieneschulung für Mitarbeiter und Führungskräfte der Stationen 4027 und 4028 durch das Deutsche Beratungszentrum Hygiene Freiburg teil. Die operative Präsenz von Vorarbeiterinnen, Objektleitung und Bereichsleitung wurde erhöht. Zudem wurden in verschiedenen Bereichen des Klinikums Bremen-Mitte Sonderschulungen zum Thema Aufbereitung infektiöser Zimmer durchgeführt. [646]

Von Seiten der Gesundheit Nord Dienstleistungen wird im Schulungsplan 2012 darüber hinaus die sonst jährliche Unterweisung zum Thema Aufbereitung von Infektionszimmern quartalsweise angeboten. Die sonst vierteljährlichen Mitarbeiteraudits für die Intensivbereiche werden nunmehr monatlich durchgeführt. Das Informations- und Reklamationssystem zwischen den Hauswirtschaftsleitungen und der Objektleitung der Gesundheit Nord Dienstleistungen wurde um eine digitale Komponente erweitert. Die Abteilung Zentrale Klinikdienste wurde in die Vorarbeitersitzungen der Gesundheit Nord Dienstleistungen eingebunden.[647] Außerdem werden Arbeitsanweisungen, die Reinigungskräfte und Reinigungsverfahren in den Krankenhäusern betreffen, durch die Hygienekommissionen der jeweiligen Krankenhäuser des Klinikverbundes überprüft und soweit erforderlich überarbeitet.[648]

7.3.2. Externe Kritik

7.3.2.1. Deutsches Beratungszentrum für Hygiene Freiburg

Am 23. und 24. November 2011 fand im Auftrag der Gesundheit Nord eine Visitation des Bereiches neonatologische Intensivmedizin am Klinikum Bremen-Mitte durch Herrn Dr. Schulz-Stübner und Herrn Dr. Weißgerber vom Deutschen Beratungszentrum für Hygiene Freiburg statt. Die Hinzuziehung des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene Freiburg stellte eine zusätzliche, nicht behördlich angeordnete Maßnahme des Klinikums Bremen-Mitte dar, um eventuell vorhandene Hygienemängel aufzudecken und abzustellen. Im Anschluss an ihre Visitation im Klinikum Bremen-Mitte fertigten die Sachverständigen einen Bericht[649] und führten u. a. zu dem Unterpunkt Reinigung und Reinigungspersonal aus:

---

[646] Schreiben von Herrn Kolshorn, 2. März 2012, Band 202, S. 1 f.

[647] Schreiben von Herrn Kolshorn, 2. März 2012, Band 202, S. 2 f.

[648] Bericht der Geschäftsführerin der Gesundheit Nord an die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit vom 24. Mai 2012.

[649] Deutsches Beratungszentrum für Hygiene, Zusammenfassender Bericht: Visitation Klinikum Bremen-Mitte, Band 22, S. 1 ff.

„An den Begehungstagen wurde über Defizite bei der Schulung des Reinigungspersonals und teilweise bei der Kapazität bzw. im Zeitmanagement berichtet. Hier sollte eine zielgruppenorientierte, leicht verständliche und praxisnahe Schulung in systematischer Form erfolgen, die durch klare, piktogrammunterstützte Arbeitsanweisungen gestützt wird. In Risikobereichen sollte möglichst Stammpersonal eingesetzt werden, das mit den Besonderheiten des Bereiches und den spezifischen Anforderungen vertraut ist. Im Bereich der neonatologischen Intensivstation ist diese Personalkontinuität bereits gegeben. Die vor Ort beobachtete Reinigungsleistung sowie das eingesetzte Equipment auf den Putzwagen waren hygienisch einwandfrei.“[650]

Kritisch merkten sie an:

„Die Zuständigkeiten zwischen Reinigungs- und Pflegepersonal (wer desinfiziert was) müssen klar geregelt und alltagstauglich sein. Bei den verwendeten Desinfektionsmitteln und ihren Konzentrationen ist eine möglichst weitgehende Vereinheitlichung (vor allem bei den Konzentrationen) anzustreben, um Fehler durch falsche Konzentrationen oder suboptimale Präparatewahl zu reduzieren. Die Regelungen am Klinikum Bremen-Mitte erschienen am Begehungstag – historisch gewachsen – sehr breit aufgefächert und in ihrer Komplexität nicht immer leicht nachvollzieh- und umsetzbar, was sich an unterschiedlichen Konzentrationsangaben auf den Desinfektionsmittelplänen auf der Interimsintensivstation und den tatsächlich verwendeten Konzentrationen sowie den Angaben im zentralen Desinfektionsmittelplan manifestierte.“ [651]

Bei seiner Anhörung vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss bestätigte Herr Dr. Schulz-Stübner seinen eher positiven Eindruck von der Reinigung in der Neonatologie. Sie hätten kein konkretes Reinigungsdefizit oder Reinigungsproblem

---

[650] Deutsches Beratungszentrum für Hygiene, Zusammenfassender Bericht: Visitation Klinikum Bremen-Mitte, Band 22, S. 12.

[651] Deutsches Beratungszentrum für Hygiene, Zusammenfassender Bericht: Visitation Klinikum Bremen-Mitte, Band 22, S. 11.

feststellen können. Die Reinigung am Tag ihrer Anwesenheit im Klinikum Bremen-Mitte sei in Ordnung gewesen. Auch der Putzwagen sei in einem guten Zustand und sachgerecht bestückt gewesen.[652] Zur weiteren Verbesserung der Reinigungsleistungen empfahlen die Sachverständigen: „Hier sollte eine zielgruppenorientierte, leicht verständliche und praxisnahe Schulung in systematischer Form erfolgen, die durch klare, piktogrammunterstützte Arbeitsanweisungen gestützt wird.“[653] Auch diese Empfehlung wurde seitens des Klinikums Bremen-Mitte aufgegriffen.

Als Reaktion auch auf die Anregungen in dem Bericht von Herrn Dr. Schulz-Stübner und Herrn Dr. Weißgerber wurde das Deutsche Beratungszentrum für Hygiene Freiburg ebenfalls mit einer Schulung des Reinigungspersonals beauftragt.

Zur Vorbereitung dieser Schulung führte Herr Weber, ein Mitarbeiter des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene Freiburg, am 13. Februar 2012 eine Begehung am Klinikum Bremen-Mitte durch. Herr Weber fertigte auf der Grundlage dieser Begehung einen Bericht, den er als „Gutachten zur Auditierung des Reinigungsdienstes der Gesundheit Nord Dienstleistungen GmbH im Klinikum Bremen-Mitte Frauenklinik zur Evaluation des Hygienekonzeptes“ betitelte,[654] obwohl es sich hierbei nicht um ein Gutachten im eigentlichen Sinne handelte. Herr Weber schickte seinen Bericht am 20. Februar 2012 per E-Mail an Mitarbeiter der Deutschen R+S und an die damalige Ärztliche Geschäftsführerin des Klinikums Bremen-Mitte, Frau Dr. Kuss. Die Leiterin Servicebereich Wirtschaftsbetriebe der Gesundheit Nord Dienstleistungen leitete den Bericht noch am gleichen Tage an die Geschäftsführer der Gesundheit Nord, Herrn Dr. Hansen und Herrn Gmajnic, weiter.[655]

Herr Weber äußerte sich in seinem Bericht sehr kritisch zu der am Klinikum Bremen-Mitte praktizierten Reinigung. So seien die Arbeitsanweisungen z. T. unklar, lücken- und fehlerhaft formuliert. Es sei wünschenswert, die Kommunikation zwischen Objektleitung und Stationsleitungen auf direktem Wege zu ermöglichen. Die Mitarbeiter seien mit einheitlichen, den Arbeitssicherheitsbestimmungen entsprechenden Schuhen

---

[652] Herr Dr. Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/450.

[653] Deutsches Beratungszentrum für Hygiene, Zusammenfassender Bericht: Visitation Klinikum Bremen-Mitte, Band 22, S. 12.

[654] Gutachten zur Auditierung des Reinigungsdienstes der Gesundheit Nord Dienstleistungen GmbH im Klinikum Bremen-Mitte Frauenklinik zur Evaluation des Hygienekonzeptes am 13. Februar 2012, Band 188, S. 293 ff.

[655] E-Mail Herr Weber, 20. Februar 2012, Band 188, S. 291 f.

auszustatten. Die persönliche Hygiene der Mitarbeiter und die Organisation der Wissensvermittlung befand Herr Weber als ausreichend. Die praktizierte tägliche Desinfektion aller Flächen sei jedoch seit Jahrzehnten obsolet und sollte nicht mehr praktiziert werden. Eine gründliche tägliche Reinigung sei ausreichend. Das auf den Reinigungswagen benutzte Farben-Eimer-System sei nicht mehr notwendig, seit ein Reinigungstuch nur einmal in eine Reinigungs- bzw. Desinfektionslösung eingetaucht, benutzt und danach in die Wäsche gegeben werde. Herr Weber empfiehlt die Lagerung der unbenutzten Reinigungstücher in gefalteter Form. Dann werde eine genau bemessene Menge Reinigungs- oder Desinfektionslösung in den Eimer gegeben. Die Tücher saugten sich so automatisch zur Arbeitsnässe voll. Es werde dann jeweils nur ein arbeitsfeuchtes Tuch mit frischen Einmalhandschuhen von oben entnommen. Bei den verwendeten Handschuhen lag ein Hauptkritikpunkt von Herrn Weber. Er stellte fest, dass ein Paar grüne und ein Paar rote Stulpenhandschuhe für alle Desinfektionsarbeiten aller Stationen bzw. Zimmer benutzt wurden. Auf diese Weise könnten die Handschuhe und der Reinigungswagen als Vehikel dienen, um jedwede Krankheitserreger von Station zu Station und von Zimmer zu Zimmer zu tragen. Die hoch kontaminierten Stulpenhandschuhe würden mit einem frischen Reinigungstuch immer wieder in die Desinfektionslösung eingetaucht. Dadurch werde die Desinfektionslösung mehr und mehr mit Schmutz und Bakterien belastet. Es entstehe der sogenannte „Eiweißfehler“ in der Desinfektionslösung. Diese verliere so schon nach kurzer Zeit ihre Wirksamkeit. Die gesamte Thematik der Keimübertragung via Handschuhe könne durch die ausschließliche Benutzung von Einmalhandschuhen entschärft werden. Aus dem Bericht von Herrn Weber geht nicht zweifelsfrei hervor, welche Stationen genau seine Begehung umfasste.

Gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss sagte Herr Weber, er habe zunächst die theoretische Seite begutachtet. Er habe die Dokumentationen angeschaut und Fragen an den QM-Beauftragten, Herrn Niehoff, gestellt. Danach habe er die Frauenklinik und im Anschluss die Neonatologie besichtigt.[656] Da die Reinigungsarbeiten zum Zeitpunkt der Besichtigung bereits zum Großteil abgeschlossen gewesen seien, habe er sich darauf beschränkt, die Reinigungskräfte detailliert zu befragen.[657] Zusammenfassend, habe er ein Reinigungsunternehmen angetroffen, das noch Optimierungsbedarf habe. Es gebe noch einiges zu tun.[658] Bei

[656] Herr Weber, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 24/3381.
[657] Herr Weber, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 24/3384.
[658] Herr Weber, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 24/3382.

seiner Beurteilung habe er die Empfehlungen des Robert Koch-Instituts, die Erfahrungen der internationalen Literatur und die Hygienestandards, die das Beratungszentrum für Hygiene erstellt habe, zu Grunde gelegt.[659] Er habe empfohlen, die gesamten Verfahrensanweisungen zu überarbeiten, detailliert die einzelnen Arbeitsschritte darzustellen und Schulungen durchzuführen. Dabei müsse auch die Hygieneabteilung eingebunden werden. Eine Hygienefachkraft, habe ihm mitgeteilt, dass sie keinerlei Informationen über diese Verfahrensanweisungen habe.[660] Die Arbeitsanweisungen müssten so detailliert sein, dass auch jemand, der die deutsche Sprache nicht gut beherrsche, sie verstehe und den Ablauf nachvollziehen könne.[661] Bei der anschließend von ihm durchgeführten Basisschulung für die Reinigungskräfte habe er feststellen können, dass ein Teil der Reinigungskräfte Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache habe. Hier sehe er ein Problem für die Objektleitungen, den Reinigungskräften das erforderliche Wissen zu vermitteln. Dieses Problem bestehe aber auch an anderen Kliniken.[662]

Die Stellungnahme von Herrn Weber ist unterhalb der Ebene der Geschäftsführung der Holding in der Gesundheit Nord Dienstleistungen intensiv bearbeitet worden. Zu ihrem Arbeitszeiteinsatz, der zur Abarbeitung der Stellungnahme von Herrn Weber erforderlich war, führte etwa Frau Rüßmann aus:

> „*Nachdem das Gutachten von Herrn Weber auf meinem Tisch lag – das können Sie sich vielleicht vorstellen -, ist sehr viel Arbeitszeit aufgebracht worden. Ich würde einmal schätzen, in der Zeit waren es circa 70 Prozent meiner Arbeitszeit, die ich aufgebracht habe, um eine Aufklärung herbeizuführen, um diese Stellungnahmen beizuholen, um die Koordination wiederum mit der R+S herzustellen, um die Notwendigkeiten einzuleiten, um Schulungen sicherzustellen.“*[663]

Laut Aussage von Frau Rüßmann habe sie nicht gewusst, ob die Einschätzungen von Herrn Weber korrekt seien. Deshalb habe sie eine Stellungnahme angefordert, die Herr Kohlshorn ihr mit Schreiben vom 5. März 2012 habe zukommen lassen. Außerdem

---

[659] Herr Weber, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 24/3383.
[660] Herr Weber, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 24/3387.
[661] Herr Weber, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 24/3387.
[662] Herr Weber, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 24/3385.
[663] Frau Rüßmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 26/3756.

habe sie darum gebeten zu überprüfen, ob Einmalhandschuhe eingesetzt werden könnten.[664]

In einer Stellungnahme vom 5. März 2012 nahm der Prokurist Herr Kohlshorn für die Gesundheit Nord Dienstleistungen zu dem „Gutachten zur Auditierung des Reinigungsdienstes der Gesundheit Nord Dienstleistungen GmbH im Klinikum Bremen-Mitte Frauenklinik zur Evaluation des Hygienekonzeptes“ über die Auditierung des Reinigungsdienstes kritisch Stellung. Insbesondere hob er hervor, dass die Reinigungswagen mit Mehrfarbsystem den aktuellen Richtlinien des Robert Koch-Instituts und den Vorgaben des Hygieneplans des Klinikums Bremen-Mitte entsprächen. Auch die tägliche desinfizierende Oberflächenreinigung entspreche den Vorgaben der Desinfektionspläne und einem Beschluss der Hygienekommission. Eine Kontamination oder Keimverschleppung durch derzeit verwendete Arbeitshandschuhe sei nicht belegt. Eine Umstellung auf Einmalhandschuhe sei durch kein Gremium konkretisiert worden. Der Einsatz von Stulpenhandschuhen sei mit den Hygienefachkräften abgestimmt. Insgesamt sei die Gesundheit Nord Dienstleistungen an die vorgeschriebenen Hygiene- und Desinfektionspläne des Klinikums Bremen-Mitte gebunden.[665]

In einer Aktennotiz zu dem von Herrn Weber durchgeführten Seminar für Objektleiter der Gesundheit Nord Dienstleistungen vom 7. bis 9. März 2012[666] und in einem Schreiben an die Ärztliche Geschäftsführerin und den Kaufmännischen Geschäftsführer des Klinikums Bremen-Mitte vom 16. März 2012[667] äußerte sich eine Hygienefachkraft des Klinikums kritisch über die Inhalte der Schulung. Die Präsentation sei teilweise inhaltlich nicht korrekt gewesen. Es sei der Eindruck entstanden, dass im Klinikum Bremen-Mitte „sinnfreie Maßnahmen" etabliert seien. Dies habe zu Verunsicherungen bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern geführt. Die Empfehlung von Herrn Weber, auf die routinemäßige Flächendesinfektion zu verzichten, führe zu einer Verringerung des Hygienestandards. Diese Empfehlung entstamme aus einer Zeit, in der es noch kein gehäuftes Auftreten von Patienten, die Träger von multiresistenten Keimen seien, gegeben habe. Sich gegen eine routinemäßige Desinfektion zu entscheiden, widerspreche den Empfehlungen der KRINKO.

---

[664] Frau Rüßmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 26/3745.
[665] Stellungnahme zum Weber-Gutachten, Herr Kolshorn, 5. März 2012, Band 202, S. 7 ff.
[666] Krankenhaushygiene, Seminar für Objektleiter, Aktennotiz, Band 202, S. 10 ff.
[667] Schreiben Frau Murthi, 16. März 2012, Band 202, S. 12 ff.

Insgesamt zeigen die Stellungnahmen eine intensive Auseinandersetzung mit dem Text von Herrn Weber, die von Frau Rüßmann angestoßen und begleitet wurde.

Unzureichend war demgegenüber der Umgang des Geschäftsführers der Gesundheit Nord, Herrn Gmaijnic, mit dem Gutachten. Herr Gmajnic teilte mit, er habe die Ausführungen von Herrn Weber lediglich direkt in die Linie weitergegeben. Wie es zu den Reinigungsmängeln gekommen sei, könne er nicht sagen. Er habe aufgrund der entsprechenden hausinternen Untersuchungen oder Prüfungen keine Indizien dafür gehabt, dass es erhebliche Reinigungsmängel gebe. Er habe das „Gutachten“ und die darin formulierte Kritik zwar gelesen und an Frau Rüßmann und die Prokuristen der Gesundheit Nord Dienstleistungen weitergeleitet. Er habe daraus aber nicht den Schluss gezogen, dass es im Klinikum Bremen-Mitte katastrophale Reinigungszustände gegeben habe.[668] Herr Weber habe auch selbst ausgeführt, dass die Reinigung nicht so erfolge, wie sie in den Anweisungen beschrieben sei. Deshalb sei er davon ausgegangen, dass sie funktioniere.[669]

Der Bericht von Herrn Weber wurde von der Geschäftsführung der Gesundheit Nord zudem nicht an die senatorische Behörde weitergeleitet, so dass diese ihn auch nicht dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss zur Verfügung stellen konnte. Er befand sich als Anhang unter den vom parlamentarischen Untersuchungsausschuss beschlagnahmten E-Mails von Herrn Dr. Hansen und wurde auf diesem Wege bekannt.

Herr Staatsrat Dr. Schuster erklärte bei seiner Anhörung vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss am 22. Mai 2012, er habe von dem Bericht erst durch die Befragung im parlamentarischen Untersuchungsausschuss Kenntnis erhalten.[670] Allerdings sah auch er Probleme bei der Reinigung. Er führte zu dem Bericht von Herrn Weber aus:

> *„Der Hintergrund - und deswegen finde ich das nicht völlig ungewöhnlich - ist die Sache, dass wir ja gesagt haben, es ist offensichtlich, dass der Keimvorfall etwas mit Hygieneproblemen zu tun hat. Wir wissen zwar nicht, welche konkreten, aber wir wissen,*

---

[668] Herr Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3634 f.
[669] Herr Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3636.
[670] Herr Staatsrat Dr. Schuster, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 22/3073.

dass es Hygieneprobleme gegeben hat. Das ist ja nicht zu leugnen. Dementsprechend sind wir natürlich dabei, Schritt für Schritt alle Sachen aufzuarbeiten, die verbesserungswürdig sind. Deswegen haben wir ja die Freiburger geholt, beziehungsweise sie sind von der Klinik geholt worden, nicht damit man bescheinigt bekommt, es ist alles gut gewesen oder so etwas, sondern: Wo sind Fehler, die man ausmerzen sollte, damit etwas besser wird? Das sind wahrscheinlich Missstände, die eben schon länger vorhanden gewesen sind und es offensichtlich - wenigstens wie ich in der Kürze dieser Kenntnisnahme über dieses Gutachten sehen kann - über mehrere Stationen eine übliche Verfahrensweise ist. Es zeigt sich hier, dass diese Verfahrensweise geändert werden muss, und zwar nicht nur für die Neonatologie, sondern für alle Bereiche, die man hat. Deswegen, die Frage ist aus meiner Sicht nicht völlig ungewöhnlich, dass es entsprechende Probleme gab und wir die verschiedensten Bereiche identifizieren müssen, wo es etwas gab oder wo es auch noch etwas gibt, was wir vielleicht bisher noch nicht erkannt haben, das ist, finde ich, richtig und gut, dass das gemacht wird.“[671]

Nachdem die senatorische Behörde von dem „Gutachten zur Auditierung des Reinigungsdienstes der Gesundheit Nord Dienstleistungen GmbH im Klinikum Bremen-Mitte Frauenklinik zur Evaluation des Hygienekonzeptes“ Kenntnis erlangt hatte, leitete die Geschäftsführung der Gesundheit Nord umfassende Maßnahmen ein. Unter dem 24. Mai 2012 erließ die Geschäftsführung der Gesundheit Nord zwei Gesellschafteranweisungen an die Geschäftsführungen der vier Krankenhäuser der Gesundheit Nord sowie der Gesundheit Nord Dienstleistungen. Diese wurden zum einen angewiesen sicherzustellen, dass in allen Bereichen der Krankenhäuser des Klinikverbundes von allen Reinigungskräften nur Einmalhandschuhe (ausschließlich Nitril mit langer Stulpe) benutzt bzw. eingesetzt werden. Daneben wurden die Geschäftsführungen verpflichtet, die Arbeitsanweisungen für die Reinigungskräfte und das Reinigungsverfahren (Unterhalts- und Flächenreinigung) zum Handschuhhandling und den ausschließlichen Einsatz von Einmalhandschuhen unter Berücksichtigung der Empfehlungen von Herrn Eikenberg (in dessen E-Mail vom 24. Mai 2012) zu überprüfen, zu aktualisieren und für die kurzfristige Umsetzung Sorge zu tragen.

---

[671] Herr Staatsrat Dr. Schuster, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 22/3070.

Die senatorische Behörde ließ sich auch zu der Frage berichten, ob der Reinigungsmangel für den Keimausbruch von ESBL-bildenden Keimen ursächlich gewesen sein könnte. Hierzu teilte die Geschäftsführerin der Gesundheit Nord, Frau Dernedde, in einem Bericht an die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit vom 24. Mai 2012 mit:

> *„Die in dem Bericht beschriebenen Reinigungsverfahren galten bisher im gesamten Klinikum Bremen-Mitte. Ob eine Keimverschleppung durch die Handschuhe tatsächlich eingetreten ist, muss stark bezweifelt werden. So haben die fast 1.000 Proben, die im Zusammenhang mit dem Keimausbruch in den Räumen des Klinikums Bremen-Mitte genommen wurden - sowohl durch das Klinikum selbst als auch durch das Gesundheitsamt - keinerlei Befunde von ESBL-Klebsiellen auf Türklinken, Tastern und in den Sanitärräumen ergeben."*

Nach Aussage von Frau Wendorff müssen die Empfehlungen von Herrn Weber auch mit dem neuen Krankenhaushygieniker besprochen werden. Die Empfehlungen würden Punkt für Punkt abgearbeitet.[672] Maßgeblich für das Klinikum sei der Hygienestandard, wie er vom Hygieneplan und von den Desinfektionsplänen vorgegeben werde. Insoweit könne das Klinikum dem Dienstleister auch Vorgaben machen.[673] Ihrer Kenntnis nach seien in der Vergangenheit Schulungen mindestens einmal pro Jahr und bei Neueinstellungen durchgeführt worden. Für die Zukunft müsse mit dem Krankenhaushygieniker abgestimmt werden, ob das Schulungsintervall verkürzt werden solle. Auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus sensiblen Bereichen und Vertretungspersonal müssten speziell für diese Bereiche geschult werden.[674]

Bei der Bewertung des Umganges der Gesundheit Nord mit der Stellungnahme von Herrn Weber ist hervorzuheben, dass diese auf der Ebene unterhalb der Geschäftsführung der Gesundheit Nord ernst genommen und bearbeitet worden ist. Gerade durch die Aussage von Frau Wendorff ist auch deutlich geworden, welche zentrale Bedeutung dem Krankenhaushygieniker bei der fachlichen Beurteilung dieser Stellungnahme zukam. Mit der Einstellung eines Facharztes für Hygiene als

[672] Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3825 f.
[673] Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3841.
[674] Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3853.

Krankenhaushygieniker sind nunmehr deutlich bessere Voraussetzungen geschaffen, um derartige Stellungnahmen fachlich sachgerecht abzuarbeiten. Dies gilt insbesondere auch, weil das Klinikum Bremen-Mitte mittlerweile die Stelle eines zweiten ärztlichen Krankenhaushygienikers ausgeschrieben hat.[675] Kritisch ist allerdings der Umgang der Geschäftsführung der Gesundheit Nord mit der Stellungnahme von Herrn Weber zu bewerten. Sie hätte – gerade vor dem Hintergrund des Ausbruches – diese Informationen dem Gesundheitsamt und der senatorischen Behörde zur Kenntnis geben müssen. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss verkennt dabei nicht, dass es diese Stellungnahme ohne die Anstrengungen des Klinikums Bremen-Mitte, die Hygienemängel auch mit externem Sachverstand zu bearbeiten, nicht gegeben hätte.

7.3.2.2. Bericht des Desinfektors

Das Klinikum Bremen-Mitte beauftragte im Rahmen des Keimausbruches zur Desinfektion betroffener Bereiche den staatlich anerkannten Desinfektor Herrn Sextro von der Firma Muriex. Herr Sextro arbeitete in den Räumen der Professor-Hess-Kinderklinik und in der Station 4027 im November und Dezember 2011 und im Mai und Juni 2012. Er erstellte unter dem 21. Juni 2012 einen Bericht an die Professor-Hess-Kinderklinik, in dem er deutliche Kritik an der von ihm beobachteten Arbeitspraxis übte.[676]

Herr Sextro kritisierte die mangelhafte Organisation der Arbeitsabläufe bei Reinigung und Desinfektion und die mangelhafte Verfügbarkeit von Reinigungsgeräten. Er beobachtete erhebliche interne Kommunikationsmängel; mehrfach erbetene Gespräche mit der Klinikleitung und mit den anderen beteiligten Mitarbeitern kamen nicht zustande. Nach seiner Beobachtung arbeitete das Reinigungspersonal unkoordiniert, so dass Anleitung erforderlich war. Schließlich bemängelte Herr Sextro eine Behinderung seiner Arbeit und ein unprofessionelles Vermischen von desinfizierten und nicht-desinfizierten Bereichen.

Gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss betonte Herr Sextro insbesondere, er habe immer wieder um ein Gespräch mit den Verantwortlichen gebeten. Ihm seien einige Fehler aufgefallen, die er gern mit den zuständigen

---

[675] Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme 34/4951.
[676] Schreiben von Herrn Sextro vom 21. Juni 2012, Band 204, S. 3 ff.

Personen geklärt hätte.[677] Das sei leider nicht ermöglicht worden. Auch seien seinem Eindruck nach die Zuständigkeiten nicht ganz klar gewesen. Er habe mit verschiedenen Personen zu tun gehabt. Den Auftrag habe Frau Grape, Wirtschaftsbetriebe Nord, erteilt. Um einen Termin mit der Klinikleitung habe sich Frau Niklisch bemüht. Auch habe er mit den Hygienefachkräften zu tun gehabt, die gesagt hätten, es sei ihre Aufgabe. Letztlich seien sie dann aber auch nicht mehr zugegen gewesen und zu einem Krankenhaushygieniker habe kein Kontakt bestanden.[678] Bei der praktischen Arbeit habe er beobachtet, dass Reinigungskräfte nach dem Stand der Technik fehlerhaft gearbeitet hätten. Auch hätten sie ihn gefragt, was sie tun sollten. Deshalb sei er der Auffassung, hier bestehe Schulungsbedarf, um die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Arbeit sicherer zu machen.[679] Stand der Technik sei, einen Raum systematisch durchzuarbeiten. Das sollte auch jeder Reinigungskraft klar sein.[680] Im Laufe der Zeit habe sich die Arbeitsleistung verbessert. Auf den Wischwagen hätten sich zunächst Reinigungs- und Desinfektionsmittel befunden. Das habe er aber im Verlauf seiner Tätigkeit im Klinikum Bremen-Mitte abstellen können.[681] Es habe auch Sprachhemmungen oder Sprachbarrieren gegeben. Letztlich hätten ihn aber alle Reinigungskräfte, unter Umständen auch mit Übersetzungshilfen von Kolleginnen, verstanden. Die Fehler bei der Reinigung seien möglicherweise auch darauf zurückzuführen, dass zeitweilig zu viele Reinigungskräfte gleichzeitig tätig gewesen seien. [682]

Auch die Kritik von Herrn Sextro wird im Klinikum Bremen-Mitte aufgearbeitet. Frau Wendorff hat erklärt, sie nehme das Papier sehr ernst. Sie habe aber Implausibilitäten festgestellt, denen sie nachgehen werde.[683] Sie habe alle beteiligten Akteure um Stellungnahmen gebeten. Auch beabsichtige sie, ein Gespräch in größerer Runde mit Herrn Sextro zu führen, um den Sachverhalt zu klären.[684] Bis zu dem vorliegenden Schreiben habe Herr Sextro nach ihren Informationen keine schriftliche Kritik an das Klinikum Bremen-Mitte herangetragen.[685]

---

[677] Herr Sextro, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 30/4326.
[678] Herr Sextro, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 30/4329.
[679] Herr Sextro, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 30/4328.
[680] Herr Sextro, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 30/4391.
[681] Herr Sextro, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 30/4330.
[682] Herr Sextro, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 30/4352.
[683] Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 29/4093.
[684] Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 29/4094.
[685] Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 29/4140.

7.3.2.3. Weitere Kritikpunkte an der Reinigung im Klinikum Bremen-Mitte

Auch der im staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren beauftragte Gutachter, Herr Professor Dr. Popp, äußerte Kritik an der Reinigung im Klinikum Bremen-Mitte. Er beschrieb in seiner Befragung durch den parlamentarischen Untersuchungsausschuss die Reinigung in mehrfacher Hinsicht als desolat.[686]

In seinem Bericht zur Begehung der geschlossenen Station 4027 und der Neonatologie im Gebäude der Professor-Hess-Kinderklinik beschreibt er durch Flüchtigkeit bei der Reinigung verursachte Hygienemängel. So wurde ein Türdrücker nur teilweise abgewischt; ein Arzt ging mit einem schnell in die Hand gedrückten Telefon in ein Patientenzimmer.[687] In seinem schriftlichen Gutachten rügt er, dass nach dem Hygieneplan die routinemäßige Flächendesinfektion mit einem QAV-basierten Desinfektionsmittel 0,25 % (4-Stunden-Wert) durchgeführt wurde. Lediglich die gezielte Flächendesinfektion, also z.B. bei größeren Blutmengen auf dem Boden, sollte mit 0,5 % (1 Stunden-Wert) erfolgen.[688] Weiter führt der Gutachter aus:

> *„Aus den Desinfektionsplänen für 2009 lässt sich entnehmen, dass auf Station 4027 Microbac forte 0,5 % eingesetzt wurde, in wenigen Bereichen auch 0,25 % (4-Stunden-Wertt). Auf 4028 wurde wesentlich häufiger Mikrobac forte 0,25 % eingesetzt, unter anderem auch (was überhaupt nicht akzeptabel ist) zur Desinfektion von Arbeitsflächen, Telefonen oder Toilettensitzen. Die Unterschiede zwischen beiden Stationen lassen sich nicht erklären, der Einsatz des 4-Stunden-Wertes ist nicht akzeptabel und hätte spätestens bei den ersten Sitzungen anlässlich des Ausbruches thematisiert und geändert werden müssen.“*[689]

Der Gutachter geht deshalb davon aus, dass sowohl mit zu niedriger Konzentration zumindest ein Teil der Flächen desinfiziert wurde, als auch mit einer problematischen

---

[686] Herr Professor Dr. Popp, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 32/4686.

[687] Herr Professor Dr. Popp, Bericht Begehung Neonatologie/pädiatrische Intensivstation, Bremen am 2. März 2012, Band 186, S. 65.

[688] Sachverständigengutachten von Herrn Professor Dr. Popp im Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Bremen vom 28. August 2012, Band 207, S. 225.

[689] Sachverständigengutachten von Herrn Professor Dr. Popp im Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Bremen vom 28. August 2012, Band 207, S. 225.

QAV.[690] Seiner Auffassung nach deuteten auch Ergebnisse von Umgebungsuntersuchungen auf eine ungenügende routinemäßige Reinigung hin. So habe man hohe Keimzahlen auf einer Windelwaage, auf einer Milchpumpe und an einer Kosmetiktuchbox gefunden.[691] Der Umstand, dass in einem Desinfektionsmitteleimer Pseudomonas nachgewiesen worden seien, lasse darauf schließen, dass entweder Desinfektionsmittel eingesetzt worden sei, das massiv kontaminiert gewesen sei oder dass das Desinfektionsmittel völlig unterdosiert gewesen sei.[692] Wenn man auf einem frisch aufbereiteten Beatmungsgerät ebenfalls massenhaft Pseudomonas nachweise, sei das für ihn eine klare Indizienkette, dass der Keim bei der Aufbereitung, bei der Reinigung über kontaminierte Lösungen dorthin gelangt sein müsse, weil es sich um einen Feuchtkeim handele, der normalerweise nicht an einem Beatmungsgerät zu finden sei.[693]

Auch Herr Professor Dr. Exner vermutet wegen der hohen Konzentration von Pseudomonaden, die in einem Desinfektionsmitteleimer auf Station 4028 nachgewiesen wurden, eine Kontaminationsproblematik bei der Flächendesinfektion.[694] Er führt aus:[695]

> *„Dass diese Kontaminationsproblematik als relevant zu betrachten ist, zeigt auch das Resultat der krankenhaushygienischen Untersuchung, die nach der unter Aufsicht eines Desinfektors durchgeführten Schlussdesinfektion von Station 4027 unter Aufsicht eines Desinfektors an verwendeten Tüchern aus einem derartigen Eimer durchgeführt wurde und den Nachweis von Pseudomonaden (>500 KBE/) erbrachte.“*

Ergänzend zu diesen Feststellungen weisen Herr Professor Dr. Exner[696] und Herr Professor Dr. Popp[697] darauf hin, dass die Inkubatoren von außen und die

---

[690] Sachverständigengutachten von Herrn Professor Dr. Popp im Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Bremen vom 28. August 2012, Band 207, S. 226.

[691] Sachverständigengutachten von Herrn Professor Dr. Popp im Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Bremen vom 28. August 2012, Band 207, S. 231.

[692] Vermerk von Herrn Professor Dr. Popp vom 19. April 2012 zum Anhang des Zwischenberichtes vom Robert Koch-Institut, Band 172, S. 102; Sachverständigengutachten von Herrn Professor Dr. Popp im Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Bremen vom 28. August 2012, Band 207, S. 231 f.

[693] Herr Professor Dr. Popp, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 32/4687.

[694] Herr Professor Dr. Exner, Schriftliche Ausarbeitung zu den Beweisfragen des Untersuchungsausschusses, S. 16.

[695] Herr Professor Dr. Exner, Schriftliche Ausarbeitung zu den Beweisfragen des Untersuchungsausschusses, S. 16.

[696] Herr Professor Dr. Exner, Schriftliche Ausarbeitung zu den Beweisfragen des Untersuchungsausschusses, S. 20.

Ventilatorsysteme der Inkubatoren zur Anfeuchtung der Luft in den Inkubatoren mit einem Desinfektionsmittel primär auf der Basis von quaternären Ammoniumverbindungen desinfiziert würden. Diese Mittel wiesen bei gramnegativen Bakterien - einschließlich Klebsiellen – eine relative Wirkungslücke auf.[698] Demgegenüber empfiehlt die KRINKO, für die Desinfektion von Inkubatoren Desinfektionsmittel auf Basis von Sauerstoffabspaltern zu verwenden.[699] Beide Sachverständigen vermuten, dass bei Einsatz des im Klinikum Bremen-Mitte verwendeten Tuchspendesystems eine ausreichende Desinfektion nicht immer sicher gewährleistet gewesen sei.[700] So erläuterte Herr Professor Dr. Popp gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss, bei Einsatz des Tuchspendesystems bestehe die Gefahr, dass insbesondere die letzten Tücher zum Beispiel gar nicht mehr desinfektionsmittelgetränkt seien und deshalb dann natürlich auch keine Desinfektion mehr stattfinde, sondern eher noch eine Verschleppung von Keimen. Wenn dann eine Pflegekraft, wie er es beobachtet habe, mit dem gleichen Tuch an mehrere verschiedene Geräte gehe, sei das die optimale Situation, um einen Keim von einem Gerät auf das andere zu übertragen.[701] Auch könne es durch Fehler bei der Handhabung der Desinfektionsmitteldosiergeräte zu einer Unterdosierung der Desinfektionsmittellösung gekommen sein. Dazu hat Herr Professor Dr. Popp ausgeführt:

> *„Der nächste Punkt ist diese ganze Angelegenheit mit diesen Desinfektionsmitteldosiergeräten, die ja einmal mit 0,5 und 0,25 Prozent eingestellt sind, einmal mit 0,5 und 1,0 Prozent und so weiter. Wenn man so die Situation mit den heutigen Reinigungskräften sieht - da müsste Bremen eine sehr große Ausnahme sein -, dann sind das Reinigungskräfte, die schlecht qualifiziert sind, die häufig wechseln, die vieles überhaupt nicht verstehen, auch von der Sprache her. Denen das zu überlassen, an diesen Desinfektionsmitteldosiergeräten dann zwischen zwei*

---

[697] Sachverständigengutachten von Herrn Professor Dr. Popp im Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Bremen vom 28. August 2012, Band 207, S. 224 f.

[698] Herr Professor Dr. Popp, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 32/4721.

[699] Empfehlung zur Prävention nosokomialer Infektionen bei neonatologischen Intensivpflegepatienten mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g, Bundesgesundheitsblatt 2007, S. 1265, 1273.

[700] Herr Professor Dr. Exner, Schriftliche Ausarbeitung zu den Beweisfragen des Untersuchungsausschusses, S. 19; Gutachten von Herrn Professor Dr. Popp im staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Bremen vom 28. August 2012, Band 207, S. 226.

[701] Herr Professor Dr. Popp, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 32/4687.

Herr Professor Dr. Popp, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 32/4719 f.

Konzentrationen zu wählen, ist schon einmal extrem problematisch, das kann in der Praxis nie und nimmer funktionieren.“[702]

Allerdings erfüllt ausweislich eines Prüfberichtes des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein vom 30. März 2012 das im Klinikum Bremen-Mitte verwendete Desinfektionsmittel die Anforderungen an ein Flächendesinfektionsmittel vollumfänglich. Es ergab sich kein Anhalt für eine erhöhte Widerstandsfähigkeit der untersuchten Klebsiellen-Stämme gegenüber dem eingesetzten Desinfektionsmittel.[703]

Insgesamt erscheint dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss die vorgebrachte Kritik schlüssig und nachvollziehbar. Angesichts dieser sachverständigen Äußerungen hätte das Klinikum Bremen-Mitte nach Auffassung des parlamentarischen Untersuchungsausschusses bereits im November 2011 sicherstellen müssen, dass die bekannten Probleme bei der Reinigung abgestellt werden. Andererseits konnte auch im Laufe der parlamentarischen Untersuchung kein kausaler Zusammenhang zwischen dem Keimausbruch und der schlechten Reinigung nachgewiesen werden. Auch Herr Professor Dr. Popp hat lediglich die Vermutung geäußert, dass die Keimübertragung auch über die Oberflächen erfolgt sein könnte.[704]

7.4. Zusammenfassung

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss konnte feststellen, dass es deutliche Mängel im Bereich der Reinigung gegeben hat. Die Reinigung wurde in eine Tochtergesellschaft ausgegliedert, die seitdem personalverantwortlich für die Reinigungskräfte ist. Aufgrund der dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss vorliegenden Aussagen und Unterlagen ist davon auszugehen, dass die Mitarbeiterschulungen unzureichend waren. Teilweise fehlte das Basiswissen. Unklar geblieben ist im Rahmen der Beweisaufnahme, ob neu eingestellte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu Beginn ihrer Tätigkeit geschult wurden und wenn ja, in welcher Intensität dies erfolgte. Umfassendes Wissen über die Grundlagen der Krankenhausreinigung und Desinfektion wäre aber erforderlich, um ihnen Sicherheit bei der Arbeit zu geben. Bei der Durchführung der Schulungen sollte die

[702] Herr Professor Dr. Popp, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 32/4721.
[703] Schreiben des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein an Dr. Schwalm vom 30. März 2012.
[704] Herr Professor Dr. Popp, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 32/4724.

Krankenhaushygiene beteiligt werden. Auch dürften Sprachbarrieren dazu beigetragen haben, dass es Probleme im Reinigungsbereich gab. Auch insoweit besteht Handlungsbedarf.

In der Vergangenheit gab es bereits Hinweise auf Mängel in der Reinigung. Sie wurden aber nicht in gebührender Weise wahrgenommen. Ein Durchschnittwert von 2,5 auf einer Skala von 1 bis 4 gibt bereits einen Hinweis darauf, dass die Qualität der Reinigung auf den jeweiligen Stationen erheblich verbesserungsbedürftig ist. Hier stellt sich für den parlamentarischen Untersuchungsausschuss auch die Frage, ob das Kontrollsystem ausreichend war, um eine qualitativ hochwertige Reinigung zu gewährleisten.

Festzustellen ist aber auch, dass das Klinikum Bremen-Mitte mittlerweile die geäußerte Kritik ernst nimmt. Es hat Veränderungsbedarf erkannt und bereits Maßnahmen ergriffen. Auch hat es externen Sachverstand beigezogen, um Mängel im Bereich der Reinigung aufzudecken.

Zu der Frage, ob Defizite in der Reinigung zur Übertragung der Keime beigetragen haben, konnte der parlamentarische Untersuchungsausschuss keine abschließenden Feststellungen treffen.

8. Ausbruchsmanagement

Mit dem Begriff des Ausbruchsmanagements werden die Maßnahmen bezeichnet, die im Fall eines gehäuften oder anderweitig auffallenden Auftretens nosokomialer Infektionen eingeleitet werden sollen, um eine weitere Verbreitung dieser Infektion wirkungsvoll und zügig zu verhindern. Die KRINKO hat hierzu im Jahr 2002 eine Empfehlung mit dem Titel „Ausbruchsmanagement und strukturiertes Vorgehen bei gehäuftem Auftreten nosokomialer Infektionen“ veröffentlicht.[705] Neben dem frühzeitigen Erkennen eines Ausbruchs ist insoweit die Planung eines strukturierten Vorgehens von Bedeutung. Die KRINKO spricht in ihrer Empfehlung insoweit von der „vorbereitenden (proaktiven) Phase“.[706] Das konkrete Management eines vermuteten oder bestätigten Ausbruchs, von der KRINKO als „reaktive Phase“ bezeichnet, untergliedert die KRINKO in zehn aufeinander folgende Teilschritte.[707]

8.1. Vorbereitende Phase

Bei der Planung des strukturierten Vorgehens für den Fall eines Ausbruchs sind nach der einschlägigen Empfehlung der KRINKO folgende Punkte zu beachten:

> *„Festlegung von Auslöseereignissen,*
>
> *Klare Strukturierung der erforderlichen Abläufe,*
>
> *Festlegung von Zuständigkeiten (z. B. Benennung der Mitglieder und des Leiters des Ausbruchmanagementteams, Pressesprecher, zu beteiligende Institutionen) und Kommunikationswegen (Wer informiert wen?),*
>
> *Sicherstellung von Untersuchungskapazitäten (z. B. Anschriften von Laboratorien, Referenzzentren, usw.) und Festlegung des Probenversandes,*
>
> *Festlegung der Abläufe zur Information und Kooperation mit dem zuständigen Gesundheitsamt und anderen zu beteiligenden Stellen,*

---

[705] Bundesgesundheitsblatt 2002, 180: Empfehlung der KRINKO, Ausbruchsmanagement und strukturiertes Vorgehen bei gehäuftem Auftreten nosokomialer Infektionen.

[706] Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (181 f.).

[707] Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (182 ff.).

Festlegung der Öffentlichkeitsarbeit (Kommunikation mit der Presse/den Medien).“[708]

Die vorgenannten Festlegungen sollen im Hygieneplan verankert sein. Darüber hinaus sollen die Mitglieder des Ausbruchmanagementteams periodisch und im Bedarfsfall anhand fiktiver Auslöseereignisse geschult werden, um auf diese Weise organisatorische Defizite zu erkennen und zu beheben.[709]

8.1.1. Festlegung von Auslöseereignissen

Zur Festlegung von Auslöseereignissen enthält die Empfehlung der KRINKO zum Ausbruchsmanagement im Anhang 1 folgende beispielhafte Aufzählung:

„I) Infektionen,die bereits bei vereinzeltem Auftreten Anlass für eine hygienische Analyse darstellen können

Während eines Krankenhausaufenthaltes auftretende:

- *Legionellose,*
- *Aspergillus spp.-bedingte Organmykose,*
- *Pertussis,*
- *Infektion mit Streptococcus pyogenes (Gruppe A),*
- *Konjunctivitis epidemica,*
- *Scabies.*

II) Infektionen, bei denen bei einem Auftreten bei zwei oder mehr Patienten ein epidemischer Zusammenhang gegeben sein kann

Infektionen mit Erregern mit speziellen Resistenzen (bei identischem Resistenzmuster) (z.B. die nach § 23 Abs. 1 IfSG erfassten Erreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen)

- *Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA),*
- *Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE),*

---

[708] Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (181).
[709] Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (181).

- *S.pneumoniae,*
- *E. coli,*
- *Klebsiella spp.,*
- *Enterobacter cloacae,*
- *Citrobacter spp.,*
- *Serratia marcescens,*
- *Pseudomonas aeruginosa,*
- *Stenotrophomonas maltophilia,*
- *Burkholderia cepacia,*
- *Acinetobacter baumannii,*
- *Candida spp.(invasive Candidainfektion).*

Infektionen mit ungewöhnlichem Erreger Sepsis mit einheitlichem Erreger (Einheitlichkeit auf Speciesebene und gegebenenfalls im Resistenzmuster)

Infektionen durch blutübertragene Erreger (z.B. HBV, HCV. Aufgrund der langen Inkubationszeit auch bei Auftreten nach Entlassung, wenn ein Zusammenhang der Fälle aufgrund eines vorausgegangenen Aufenthaltes in der gleichen Einrichtung anzunehmen ist)

Erreger der Gastroenteritis (z.B. Clostridium difficile, Rotaviren).“[710]

Die beispielhafte Aufzählung ist nahezu inhaltsgleich in den Hygieneplan des Klinikums Bremen-Mitte unter E.2.1 übernommen worden.[711] Die möglichen Auslöseereignisse sind damit KRINKO-konform festgelegt.

8.1.2. Strukturierung der erforderlichen Abläufe

Auch zur Strukturierung der erforderlichen Abläufe macht die Empfehlung der KRINKO zum Ausbruchsmanagement sehr detaillierte Vorgaben. In deren Anhang 2 findet sich

[710] Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (185).

[711] Hygieneplan Klinikum Bremen-Mitte, Band 56, S. 1, 53 f. der 3. Paginierung.

ein Fließschema der Einzelschritte im Rahmen der reaktiven Phase des Ausbruchsmanagements nosokomialer Infektionen, das folgende Schritte empfiehlt:

> ***„Schritt 1:*** *Feststellen eines Auslöseereignisses*
>
> ***Schritt 2:*** *Beurteilung der aktuellen Situation aufgrund der bereits vorliegenden Erkenntnisse und Entscheidung über die Einberufung des Ausbruchmanagementteams*
>
> ***Schritt 3:*** *Einberufung des Ausbruchmanagementteams, Fallermittlung und ggf. Bestätigung eines Ausbruches und entsprechende Meldung (§ 6 IfSG Abs. 3)*
>
> ***Schritt 4:*** *Erste krankenhaushygienische Ortsbegehung und Festlegung des akuten Handlungsbedarfs*
>
> ***Schritt 5:*** *Festlegung von ersten Interventionsmaßnahmen zur Verhütung der Weiterverbreitung von Erregern (Schadensbegrenzung)*
>
> ***Schritt 6:*** *Ermittlung der Infektionsquelle (Ursachenfindung)*
>
> - *ggf. Einbeziehung weiterer Experten, (z.B. Landesgesundheitsämter, Nationale Referenzzentren, RKI),*
> - *detaillierte krankenhaus-hygienische Ortsbegehung, Analyse von Handlungsabläufen, Umgebungsuntersuchungen,*
> - *med.-mikrob. Untersuchungen (zentrale Sammlung der Erreger zur Typisierung),*
> - *erweiterte epidemiologische Untersuchungen (deskriptiv, analytisch, interventionell)*
>
> ***Schritt 7:*** *Bewertung aller erhobenen Befunde und Festlegung gezielter (ursächlicher) Interventionsmaßnahmen*
>
> ***Schritt 8:*** *Abschluss des Ausbruchsmanagements und Festlegung absichernder Maßnahmen*
>
> ***Schritt 9:*** *Abschließende Evaluierung, Defizitanalyse und Festlegung von zukünftigen Präventionsstrategien*
>
> ***Schritt 10:*** *Abschließende Dokumentation“*[712]

---

[712] Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (185).

Der Hygieneplan des Klinikums Bremen-Mitte vom Dezember 2006 beschäftigt sich an zwei Stellen mit Maßnahmen bei gehäuftem Auftreten nosokomialer Infektionen. Unter E.2.2 „Vorgehensweise bei Inkrafttreten des Ausbruchsmanagements“ wird ausgeführt:

1. *„Meldung des Anlasses an die Krankenhaushygiene, (…), durch den betroffenen Bereich.*
2. *Folgende Punkte sind dabei zu berücksichtigen:*
   - *Zeitpunkt und Ort des Auftretens des auffälligen Ereignisses*
   - *Welche Infektionen sind aufgetreten? (was)*
   - *Art des Erregers*
   - *Namen der betroffenen Patienten bzw. Mitarbeiter*
   - *Umstände, unter denen es zum Auftreten des Auslöseereignisses kam (z.B. Zimmerbelegung)*
   - *Welche räumlichen und zeitlichen Zusammenhänge bestehen? (wann, wo)*
   - *Vorliegen von Risikofaktoren wie Eingriffe, Operationen*
   - *Bereits vorliegende klinische, labormedizinische und pathologisch anatomische Befunde der betroffenen Patienten*
   - *Bereits vorliegende auffällige Befunde von Umgebungsuntersuchungen*
   - *Welche Personen sind involviert? (z.B. hygienebeauftragter Arzt)*
3. *Information des hygienebeauftragten Arztes (sofern nicht erfolgt).*
4. *In Zusammenarbeit mit dem Krankenhaushygieniker, dem zuständigen hygienebeauftragten Arzt, und der Klinikleitung wird über erforderliche Maßnahmen zur Bekämpfung der Infektion entschieden.*
5. *Ggf. Meldung an das Gesundheitsamt.*
6. *Aktive Mitarbeit bei der weiteren Bearbeitung des Auslöseereignisses, z.B. im Ausbruchmanagementteam.*

7. Über geplante Personaluntersuchungen wird der Betriebsrat rechtzeitig informiert und das Mitbestimmungsverfahren eingeleitet. Die Durchführung der Untersuchung erfolgt nach festgelegtem Verfahren.“[713]

Ein Unterschied zur KRINKO-Empfehlung liegt darin, dass das Vorgehen nicht gleichermaßen strukturiert festgeschrieben ist. Über die erforderlichen Maßnahmen zur Bekämpfung der Infektion sollen stattdessen im Einzelfall in Zusammenarbeit der Krankenhaushygieniker, der zuständige hygienebeauftragte Arzt und die Klinikleitung entscheiden. Der Nachteil liegt darin, dass im Ausbruchsfall keine Handlungsanleitung vorliegt, die abgearbeitet werden kann. Stattdessen müssen die Handlungsschritte in einer Situation, in der Eile geboten und die handelnden Akteure sich in einer Stresssituation befinden, erst festgelegt werden.

Daneben existiert eine Verfahrensordnung mit dem Titel „Maßnahmen bei nosokomialen Infektionen“.[714] Diese Verfahrensordnung wurde auf der Hygienekommissionsitzung vom 4. Mai 2006 verabschiedet.[715]

Im entsprechenden Protokoll heißt es:

„ 7. Entwurf Infektionsausbruchmanagement (2 Anlagen)

Den vorliegenden Entwürfen wird zugestimmt. Ein Entwurf für den Hygieneplan, ein Entwurf als Leitlinie für die Krankenhaushygiene. …“[716]

In der Leitlinie heißt es unter „Maßnahmen bei Feststellung eines Auslöseereignisses“:

„1. Meldung des Anlasses an die Krankenhaushygiene (…) durch den betroffenen Bereich.

---

[713] Hygieneplan Klinikum Bremen-Mitte, Band 56, S. 1, 54 der 3. Paginierung.
[714] Maßnahmen bei nosokomialen Infektionen, Band 14, S. 7-285 ff.
[715] Protokoll, Hygienekommissionssitzung vom 4. Mai 2006, Band 83, S. 271 ff.
[716] Protokoll, Hygienekommissionssitzung vom 4. Mai 2006, Band 83, S. 271 ff., S. 273.

2. Folgende Fragen sind zu klären:

Zeitpunkt und Ort des Auftretens des auffälligen Ereignisses

Welche Infektionen sind aufgetreten? (was)

Art des Erregers

Namen der betroffenen Patienten bzw. Mitarbeiter.

Umstände, unter denen es zum Auftreten des Auslöseereignisses kam (z.B. Zimmerbelegung)

Welche räumlichen und zeitlichen Zusammenhänge bestehen? (wann, wo)

Vorliegen von Risikofaktoren wie Eingriffe, Operationen

Bereits vorliegende klinische, labormedizinische und pathologischan atomische Befunde der bertroffenen Patienten

Bereits vorliegende auffällige Befunde von Umgebungsuntersuchungen

Welche Personen sind zusätzlich involviert? (in der Fallermittlung)

Welche technischen Systeme bzw. Medien wie Wasser, Luft, Lebensmittel kommen als Infektionsquelle in Frage?

3. Erste krankenhaushygienische Bereichsbegehung mit Gefährdungsbeurteilung.

Aufgrund der vorliegenden Erkenntnisse und in Rücksprache mit dem Krankenhaushygieniker festlegen, inwieweit tatsächlich ein akuter Handlungsbedarf besteht. In Zusammenarbeit mit dem Krankenhaushygieniker und den Hygienefachkräften wird die Entscheidung über die Einberufung des Ausbruchsmangement-Teams getroffen.

4. Information und Abstimmung mit der Ärztlichen Geschäftsführung

5. Einberufung der Ausbruchsmanagement-Teams durch die Ärztliche Geschäftsführung, bestehend aus Krankenhaushygieniker, Hygienebeauftragter Arzt, KPL, Bereichsleitung, Hygienefachkraft, ggf. Mitarbeiter des Gesundheitsamtes, ggf. weiteres ärztliches oder pflegerisches Personal der betroffenen Station.

Benennung eines Leiters des Ausbruchsmanagement-Teams.

Fallermittlung und ggf. Bestätigung eines Ausbruchs.

Falldefinition festlegen,

in gesicherte, wahrscheinliche oder Verdachtsfälle unterscheiden.

6. Einbindung des Gesundheitsamtes und unverzüglich nicht namentliche Meldung gemäß § 6 IfSG.

7. Sicherstellung der Erreger, um sie ggf. typisieren zu können.

Sicherstellen, welche Labore, bzw. Referenzzentren zuständig sind.

Festlegung des Probenversandes.

8. Festlegung von ersten Interventionsmaßnahmen zur Verhütung der Weiterverbreitung. Zu den Sofortmaßnahmen zählen:

Information und Schulung des Personals hinsichtlich Umgang mit Infektion unter besonderer Berücksichtigung der Händedesinfektion,

gezielte Desinfektionsmaßnahmen,

ggf. Isolierung betroffener Patienten,

ggf. vorübergehende Schließung von Abteilungen oder Stationen.

Regelung über Zuständigkeit der einzelnen Maßnahmen.

Die entsprechenden Verantwortlichen haben die notwendigen Entscheidungen weiterzugeben und die Umsetzung zu überwachen.

Umsetzungsschwierigkeiten zu identifizieren, beseitigen oder mögliche Konsequenzen besprechen.

Sofern Notwendigkeit besteht eine Pressemitteilung herausgeben, in Abstimmung mit dem Ausbruchsmanagement-Team und dem Gesundheitsamt.

9. Ermittlung der Infektionsquelle, ggf. Einbeziehung weiterer Experten wie Nationale Referenzzentren, RKI (siehe www.rki.de)

10. Über geplante Personaluntersuchungen wird der Betriebsrat rechtzeitig informiert und das Mitbestimmungsverfahren eingeleitet. Die Durchführung der Untersuchungen erfolgt nach dem festgelegten Verfahren.

11. Detaillierte krankenhaushygienische Ortsbegehung durch den Krankenhaushygieniker. Analyse von Handlungsabläufen. Schriftlicher Bericht aus dem die Einzelheiten der Handlungsabläufe erkennbar werden.

Ist-Soll-Analyse hinsichtlich baulich-funktioneller und betrieblich organisatorischer Gegebenheiten.

Umgebungsuntersuchungen und med. mikrobiologische Untersuchungen und zentrale Sammlung der Erreger zur Typisierung nach Maßgabe durch den Krankenhaushygieniker, z.B. von medizinischem Personal, von Wasser, Luft, Lebensmittel, Arzneimittel, Handkontaktstellen des Umfeldes, Geräte, Medizinprodukte.

12. Bewertung aller Befunde und Festlegung gezielter Interventionsmaßnahmen. Parallel wird fortlaufend durch Surveillance der Verlauf des Ausbruches beobachtet. Bei Rückgang oder vollständiges Sistieren muss festgelegt werden, aufgrund welcher Kriterien keine weitere Gefährdung besteht, bzw. ab wann der Ausbruch als beendet angesehen werden kann. Festlegung, in welcher zeitlichen Abfolge Kontrolluntersuchungen ohne Beanstandung erfolgen und nachgewiesen werden müssen.

13. Abschluss des Ausbruchs-Managements und Festlegung absichernder Maßnahmen. Sind die Kriterien für das Ende des Ausbruchs erfüllt, wird dies in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt erklärt. Schriftliche Festlegung unter welchen Auflagen die risikobelastenden Arbeitsabläufe bzw. unter welchen Voraussetzungen die geschlossene Station wieder geöffnet werden kann. Festlegung, ob eine gezielte Surveillance oder ein Überwachungsprogramm

durchgeführt werden muss.

14. Nach Beendigung des Ausbruches ist eine rückblickende Analyse durchzuführen, um evtl. Defizite der Präventionsstrategien zu erkennen und Hinweise für künftige Präventionen abzuleiten.

War eine rechtzeitige Erkennung des Ausbruches gewährleistet?

Haben das Ausbruchs-Management-Team und die Kommunikationsketten effizient gearbeitet?

Waren die Sofortmaßnahmen und die gezielten Maßnahmen richtig und notwendig?

Sind trotz der eingeleiteten Maßnahmen weitere Erkrankungen aufgetreten?

War eine effiziente Ursachenklärung durch hygienische, mikrobiologische und epidemiologische Untersuchungen gewährleistet?

Gelang eine ursächliche Klärung der Infektionsquellen und Infektionsketten?

Blieben Fragen zu Infektionsquellen und Ketten oder zu den Krankheitserregern bestehen?

Welche Präventionsstrategien haben sich bewährt?

Welche Präventionsstrategien mussten modifiziert oder neu etabliert werden?

Sind zusätzlich Kosten durch die Gefährdungssituation bzw. den Ausbruch entstanden?

15. Dokumentation aller Handlungsschritte und der gewonnenen Erkenntnisse. Sie dienen dazu, neue Aspekte für die Prävention und Kontrolle von q nosokomialen Infektionen zu gewinnen. Auf dieser Basis können Hygienestandards und Präventionsstrategien optimiert werden.“[717]

8.1.3. Festlegung von Zuständigkeiten und Kommunikationswegen

Die KRINKO-Empfehlung zum Ausbruchsmanagement erachtet zur Bewältigung der bei einem Ausbruch anfallenden Aufgaben zu folgenden Zwecken die Etablierung eines Ausbruchsmanagementteams für sinnvoll:

„Die Teamarbeit dient dazu

- *eine umfassende Analyse der Situation und die Festlegung der notwendigen Maßnahmen zu optimieren,*
- *die zu veranlassenden Maßnahmen kritisch zu diskutieren und den ärztlichen Leiter in der Erfüllung seiner Verantwortung zu unterstützen,*

[717] Maßnahmen bei nosokomialen Infektionen, Band 14, S. 7-286 ff.

- *die Umsetzung von Schutzmaßnahmen und die Organisation von Arbeitsabläufen der Situation anzupassen, weitergehende Untersuchungen festzulegen und zu koordinieren.“*[718]

Die Mitglieder sollen in der Regel Vertreter der Hygienekommission sein. Beispielhaft genannt werden in der KRINKO-Empfehlung der Krankenhaushygieniker, der hygienebeauftragte Arzt, die Hygienefachkraft, die Krankenhaus- und Pflegedienstleitung und der Mikrobiologe. Ferner soll ein Mitarbeiter des Gesundheitsamtes benannt werden. Die Aufgabenbereiche sollen klar definiert und die Informations- und Kommunikationswege festgelegt sein.[719]

8.1.4. Sicherstellung von Untersuchungskapazitäten

Ein geordneter Informations- und Probentransport soll festgelegt sein. Mit dem zuständigen Krankenhaushygieniker muss nach der KRINKO-Empfehlung zum Ausbruchsmanagement insbesondere geregelt sein, welche hygienisch-mikrobiologischen Untersuchungen durch ihn selbst beziehungsweise durch kooperierende Labore durchgeführt werden können. Für gegebenenfalls erforderliche Zusatzuntersuchungen muss die Zusammenarbeit mit den zuständigen Laboratorien unter besonderer Berücksichtigung der Landeshygiene-Institute, der nationalen Referenz- und Konsiliarlaboratorien und der Hygiene-Institute an den Universitäten vorab sichergestellt sein.[720]

Dem Hygieneplan des Klinikums Bremen-Mitte vom Dezember 2006 sind keine entsprechenden Festlegungen zu entnehmen. Darüber hinaus bestehende anderweitige Regelungen zu diesem Komplex sind im Rahmen der Untersuchung nicht bekannt geworden.

---

[718] Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (181).
[719] Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (181 f.).
[720] Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (182).

8.1.5. Festlegung der Abläufe zur Information und Kooperation mit dem zuständigen Gesundheitsamt

Um ein strukturiertes Vorgehen bei einem Ausbruch zu gewährleisten, hat entsprechend der KRINKO-Empfehlung zum Ausbruchsmanagement vorab eine Festlegung der Abläufe zur Information und Kooperation mit dem zuständigen Gesundheitsamt und anderen zu beteiligenden Stellen zu erfolgen.

Im Hygieneplan des Klinikums Bremen-Mitte vom Dezember 2006 ist unter E.3 festgehalten, dass die Meldung beim Gesundheitsamt innerhalb von 24 Stunden eingehen soll, damit es rasch tätig werden kann. Im Übrigen sind die §§ 6, 8 Infektionsschutzgesetz in der bis zum 3. August 2011 geltenden Fassung betreffend die Meldepflicht und die Verantwortlichkeit für die Meldung unkommentiert abgedruckt.[721] Angesichts der unbestimmten Rechtsbegriffe in den gesetzlichen Regelungen ist dies zur Verhaltenssteuerung für die tägliche Arbeit unzureichend. Bezogen auf die in § 6 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz geregelte Pflicht zur Meldung des „gehäuften Auftretens nosokomialer Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird“, ist zur Vermeidung von Zweifelsfällen für den Arzt klarzustellen, was eine nosokomiale Infektion ist, wann von deren gehäuften Auftreten auszugehen ist und unter welchen Umständen ein epidemischer Zusammenhang als wahrscheinlich anzusehen oder zu vermuten ist. Das leistet der Hygieneplan nicht.[722] Entsprechende Vorgaben finden sich im Anhang I der KRINKO-Richtlinie „Ausbruchsmanagement und strukturiertes Vorgehen bei gehäuftem Auftreten nosokomialer Infektionen“.[723]

8.1.6. Festlegung der Öffentlichkeitsarbeit

Die KRINKO-Empfehlung zum Ausbruchsmanagement weist darauf hin, dass Ausbrüche nosokomialer Infektionen insbesondere bei Fällen mit Todesfolge in der öffentlichen Wahrnehmung eine herausragende Bedeutung erlangen können. Um „mit einer Stimme zu sprechen“ wird empfohlen, eine Person des Ausbruchsmanangementteams vorab für die Kommunikation mit den Medien zu

---

[721] Hygieneplan Klinikum Bremen-Mitte, Band 56, S. 1, 55 f.

[722] Vgl. zu Einzelheiten: Herr Staatsrat Professor Stauch, Bericht, Ausbruch von ESBL bildenden Klebsiella pneumoniae im Zentrum für Kinderheilkunde, Klinik Bremen-Mitte im Jahr 2011, Bremen, den 20. Dezember 2011, Band 50, S. 33 ff.

[723] Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (185).

bestimmen und die Pressearbeit mit dem zuständigen Gesundheitsamt abzustimmen.[724]

Weder auf der Ebene des Klinikums Bremen-Mitte noch auf der Ebene der Gesundheit Nord besteht eine Regelung der Öffentlichkeitsarbeit; auch nicht zur Koordination der Außendarstellung mit dem Gesundheitsamt. Das Klinikum Bremen-Mitte betreibt keine eigenständige Öffentlichkeitsarbeit. Diese Aufgabe wird vollständig durch die Holdinggesellschaft, die Gesundheit Nord übernommen.[725] Im Krisenfall hat die Wahrnehmung der Öffentlichkeitsarbeit durch Pressereferenten der Holdinggesellschaft den Nachteil, dass diese nicht über Informationen aus erster Hand verfügen. Soweit diese Aufgabe durch ein Mitglied des Ausbruchmanagementteams wahrgenommen wird, kann die Unternehmenskommunikation mit den aktiv an den Bearbeitungsprozessen Beteiligten abgestimmt werden.

8.2. Reaktive Phase 2005

Zu dem Auftreten von Klebsiellen auf der neonatologischen Station im Jahr 2005 konnten über die durch den seinerzeit am Klinikum Bremen-Mitte tätigen Krankenhaushygieniker, Herrn Dr. Holländer, getroffenen Feststellungen hinaus keine weitergehenden Erkenntnisse erlangt werden. Nach seiner Darstellung war nicht von einem Ausbruchsgeschehen auszugehen.[726]

Am 15. April 2005 erstellte Herr Dr. Holländer einen Typisierungsbefund[727] über dieses gehäufte Auftreten von Klebsiellen auf der Station 4027. Die DNA-Fragmentmuster von 12 getesteten Klebsiellen Isolaten waren teilweise identisch. Insgesamt zeigten sich 6 unterschiedliche Fragmentmuster. Der Befund schließt mit der Feststellung, dass epidemiologische Zusammenhänge innerhalb der Isolate mit identischen Fragmentmustern sehr wahrscheinlich seien.

In einer E-Mail vom 8. November 2011 merkt Herr Dr. Wunderle vom Gesundheitsamt Bremen zu diesem Typisierungsbefund an:

---

[724] Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (182).

[725] Selbstdarstellung der Gesundheit Nord gGmbH, Abgerufen am 3. September 2012 unter: http://www.gesundheitnord.de/60.html.

[726] Siehe unter „3.1. ESBL-bildende Klebsiellen im Jahr 2005“.

[727] Schreiben von Herrn Dr. Holländer vom 15. Juni 2005 an das Klinikum Bremen-Mitte, Band 58, S. 450 f.

„Merkwürdig finde ich die Überschrift in Fett ‘Multiresistente Staphylococcus aureus‘ wobei es im Weiteren um Klebsiellen geht. Des Weiteren fehlt eine klare Artbestimmung (m.E. ein grober Fehler), ob es sich um Kleb. Pneumoniae wie im aktuellen Ausbruch oder z.B. auch möglich Kleb. Oxytoca handelt.“[728]

Ob es seinerzeit ein Ausbruchsmanagementteam oder eine andere Form der institutionalisierten Abarbeitung des Auftretens von Klebsiellen gab, konnte aufgrund der umfassenden Aussageverweigerung fast aller am Klinikum Bremen-Mitte beschäftigten Zeugen nicht festgestellt werden. Die Akten geben keine Hinweise auf das Bestehen eines Ausbruchmanagementteams und eine strukturierte Abarbeitung der Vorfälle. Da eine Meldung an das Gesundheitsamt nicht erfolgte, liegen auch beim Gesundheitsamt Bremen keine weitergehenden Informationen vor. Herr Dr. Wunderle vom Gesundheitsamt Bremen stellt in einer E-Mail vom 8. November 2011 hierzu fest:

„Krankenhaushygienisch habe damals Dr. Holländer alles ‘abgearbeitet.‘“[729]

An konkreten Interventionsmaßnahmen ließ sich nur feststellen, dass auf Vorschlag des Krankenhaushygienikers Herrn Dr. Holländer auf freiwilliger Basis ein Personalscreening durchgeführt wurde.[730] Im Rahmen des Personalscreenings konnten bei zwei Mitarbeitern Klebsiella pneumoniae nachgewiesen werden. Im Übrigen waren die Befunde negativ.[731] Zusammenhänge zwischen Patienten- und Mitarbeiterisolaten seien nicht feststellbar gewesen.[732]

Weitere Maßnahmen, die seinerzeit ergriffen worden sind, können nicht nachvollzogen werden. In einem Schreiben des Oberarztes Herrn Dr. Schwalm und der stellvertretenden Stationsleitung Frau Murken vom 23. Mai 2005, in dem es primär um die Aufforderung zur freiwilligen Teilnahme am Personalscreening geht, findet sich lediglich der Hinweis, dass gemeinsam mit den Hygienefachkräften wie auch dem Krankenhaushygieniker Herrn Dr. Holländer dem „schwerwiegenden Problem“

---

[728] E-Mail von Herrn Dr. Wunderle vom 8. November 2011, Band 58, S. 449.

[729] E-Mail von Herrn Dr. Wunderle vom 8. November 2011 an Herrn Dr. Götz, Band 58, S. 448.

[730] Schreiben des Oberarztes und der stellvertretenden Stationsleitung der Station 4027 vom 23. Mai 2005, Band 106, S. 16.

[731] Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene, Prüfberichte vom 8., 9., 13., 20., 21., 22. und 14. Juni 2005, Band 106, S. 19-27.

[732] Schreiben des Herrn Dr. Kappler vom 13. Januar 2012, Band 106, S. 2.

nachgegangen und „vor Ort schon eine Reihe von Verbesserungen durchgeführt“ worden seien.[733]

Eine Meldung des Auftretens von Klebsiellen auf der Station 4027 an das Gesundheitsamt ist nicht erfolgt.[734] Dies stellt einen Verstoß gegen § 6 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz in der bis zum 3. August 2011 geltenden Fassung dar. Zu melden ist dem Gesundheitsamt das gehäufte Auftreten nosokomialer Infektionen bereits dann, wenn ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird und nicht erst dann, wenn dieser festgestellt worden ist. Feststellbar ist, dass der Verdacht eines epidemischen Zusammenhangs bei dem Auftreten der Klebsiellen auf der Station 4027 im Jahr 2005 bestand. Andernfalls hätte es der Untersuchung der Frage der Genidentität mittels Pulsfeldgelelektrophorese (PFGE) und des Personalscreenings nicht bedurft.

8.3. Reaktive Phase 2011

Das Ausbruchsmanagement betreffend das Jahr 2011 ist noch nicht abgeschlossen. Es liegt insbesondere noch keine abschließende Evaluierung, Defizitanalyse und Festlegung von zukünftigen Präventionsstrategien vor. Dementsprechend können insoweit abschließend keine Feststellungen getroffen werden. Im Übrigen orientiert sich die nachfolgende Darstellung an dem in der KRINKO-Empfehlung zum Ausbruchsmanagement zugrunde gelegten Fließschema.[735]

8.3.1. Feststellen des Auslöseereignisses

Gemäß der KRINKO-Empfehlung zum Ausbruchsmanagement soll bei Feststellung eines auffälligen Infektionsereignisses beziehungsweise der Häufung nosokomialer Infektionen der für die Hygiene Zuständige (in der Regel der hygienebeauftragte Arzt) informiert werden. Dieser soll sodann je nach Art des Ereignisses und den Festlegungen im Hygieneplan zunächst weitere benannte Personen, zum Beispiel den Krankenhaushygieniker, informieren. Bereits zu diesem Zeitpunkt sollen alle schon

---

[733] Schreiben des Oberarztes und der stellvertretenden Stationsleitung der Station 4027 vom 23. Mai 2005, Band 106, S. 16.

[734] E-Mail vom 8. November 2011 von Herrn Dr. Wunderle an Herrn Dr. Götz, Band 58, S. 448.

[735] Siehe unter „8.1.2. Strukturierung der erforderlichen Abläufe“.

verfügbaren und potenziell bedeutsamen Informationen zum Infektionsgeschehen festgehalten und weitergegeben werden.[736]

Damit ist klar gestellt, dass es in diesem Stadium noch nicht darauf ankommt, ob ein Ausbruch vorliegt, also zwischen Infektionsereignissen ein epidemischer Zusammenhang positiv festgestellt ist. Ausreichend kann nach der KRINKO-Empfehlung bereits ein auffälliges Infektionsereignis sein. Zumindest die Häufung nosokomialer Infektionen mit dem gleichen Keim innerhalb eines Zeitraums, der einen epidemiologischen Zusammenhang möglich erscheinen lässt, muss zur Feststellung eines Auslöseereignisses führen.[737]

Vorliegend sind ESBL-bildende Klebsiella pneumoniae erstmals am 30. April 2011 bei dem Kind Nr. 10 festgestellt worden, das auf der Station 4027 lag. Danach sind auf der Station 4028 bei dem Kind Nr. 11 am 26. Mai 2011 und bei dem weiteren Kind Nr. 12 am 17. Juni 2011 Abstriche genommen worden, die zu positiven Befunden auf ESBL-bildende Klebsiella pneumoniae führten. Schließlich ist am 27. Juni 2011 noch ein Abstrich bei dem Kind Nr. 13 von der Station 4027 genommen worden, der einen positiven Befund auf ESBL-bildende Klebsiella pneumoniae ergab.[738] Die Meldung über den zuletzt erwähnten Befund betreffend den Abstrich vom 27. Juni 2011 erfolgte am 29. Juni 2011.[739] Spätestens diese Meldung hätte zur Feststellung des Auslöseereignisses führen müssen. Die vier Befunde sind in einem Zeitraum von etwa zwei Monaten eingegangen. Angesichts der langen Behandlungsdauer von Frühchen ist dies kein Zeitraum, der den Verdacht eines epidemiologischen Zusammenhangs entkräften könnte. Der Umstand, dass zwei der betroffenen Kinder auf der Station 4027 und die weiteren zwei Kinder auf der Station 4028 lagen, war gleichermaßen nicht geeignet, den Verdacht eines epidemiologischen Zusammenhangs am 29. Juni 2011 zu entkräften, da zwischen den Stationen ein Austausch von ärztlichem und pflegerischem Personal stattfand.

Tatsächlich ist es zur Feststellung eines Auslöseereignisses erst Anfang September, also mit einem zeitlichen Verzug von mehr als zwei Monaten gekommen, nachdem positive Befunde auf ESBL-bildende Klebsiella pneumoniae für zwei weitere Kinder von

---

[736] Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (182).

[737] Das Auslöseereignis für das Ausbruchsmanagement unterscheidet sich gegebenenfalls von dem Ereignis, das eine Meldepflicht auslöst.

[738] Vgl. Anlage 4 zum Ausschussbericht, S. 1.

[739] Chronologie der ESBL Meldungen vom 18. November 2011, Band 21, S. 150.

der Station 3911 und fünf weitere Kinder auf der Station 4027 vorlagen.[740] Die Feststellung des Auslöseereignisses erfolgte faktisch dadurch, dass die Oberärztin Frau Dr. Runde die Hygienefachkraft Frau Mietzner am 7. September 2011 über ein gehäuftes Auftreten ESBL-bildender Klebsiellen bei vier Patienten in Kenntnis setzte und diese daraufhin erste Maßnahmen veranlasste.[741]

Der zeitliche Verzug ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass die Aufzeichnung und Bewertung der Befunde nicht den an das Hygienemanagement zu stellenden Anforderungen entsprach. Bei der Meldung durch Frau Dr. Runde vom 7. September 2011 sollen ausdrücklich vier betroffene Patienten benannt worden sein.[742] Diese Angabe korrespondiert mit den Informationen, die am Folgetag im Rahmen der Meldung nach § 6 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz dem Gesundheitsamt übermittelt wurden. Ausweislich eines Aktenvermerks des zuständigen Mitarbeiters des Gesundheitsamtes, Herrn Dr. Wunderle, soll nach dort gemeldet worden sein, dass vier oder fünf Kinder mit ESBL-Infektionen auffällig geworden seien.[743] Anfang September waren folglich die vor Juli 2011 liegenden positiven Befunde, welche die Feststellung des Auslöseereignisses bereits zum 29. Juni 2011 erforderlich gemacht hätten, im Bewusstsein der handelnden Akteure nicht präsent und die seit Juli aufgetretenen Befunde nicht vollständig.[744] Die zeitlich vor Juli 2011 liegenden Befunde sind im Rahmen des Ausbruchsmanagements erstmals am 8. November 2011 in der sogenannten „Umsetzungsrunde“ thematisiert worden.[745] Insoweit wird die Berechtigung der Kritik der Mitarbeiter des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene an der Art und Weise der Dokumentation nach § 23 Abs. 4 S. 1 Infektionsschutzgesetz sowie der unzureichend klaren Zuweisung der Aufgabe, die Befunde zu sichten und zu bewerten, deutlich. Der Ordner, in dem die Befunde in Papierform abgeheftet wurden, hat nicht gewährleistet, dass hinreichende Klarheit über die Gesamtlage bestand. Offensichtlich besaß am 7. September 2011, dem Zeitpunkt der Meldung des Auslöseereignisses, niemand im Klinikum Bremen-Mitte die Übersicht, dass bereits vor Juli 2011 positive Befunde auf ESBL-bildende Klebsiella pneumoniae bestanden. Die Organisation der Dokumentation und der Aufgabenzuweisung der Befundsichtung und -bewertung waren vielmehr nicht einmal in der Folgezeit geeignet, eine zeitnahe

[740] Vgl. Anlage 4 zum Ausschussbericht, S. 1 f.
[741] Aktennotiz Nr. 1 vom 8. September 2011, Band 8, S. 3.
[742] Aktennotiz Nr. 1 vom 8. September 2011, Band 8, S. 3.
[743] Vermerk des Herrn Dr. Wunderle vom 13. September 2011, Band 8, S. 9.
[744] So auch Herr Staatsrat Professor Stauch, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/330 f.
[745] Protokoll der „Umsetzungsrunde“ vom 8. November 2011 im KBM, Band 9, S. 91.

Vervollständigung der Datenlage zu gewährleisten. Verantwortlich für dieses, möglicherweise nach § 73 Abs. 1 Nr. 9 Infektionsschutzgesetz bußgeldrechtliche Konsequenzen nach sich ziehende Organisationsversagen sind nach § 23 Abs. 4 S. 1 Infektionsschutzgesetz die „Leiter von Krankenhäusern“, folglich vorliegend die Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte.

8.3.2. Einberufung eines Ausbruchsmanagementteams

In Abstimmung mit dem ärztlichen Leiter der Einrichtung soll entsprechend der KRINKO-Empfehlung zum Ausbruchsmanagement seitens des für die Hygiene Zuständigen auf der Basis der ersten Durchsicht und Bewertung der vorliegenden Befunde und Informationen geklärt werden, inwieweit ein Auslöseereignis tatsächlich vorliegt und ob das Ausbruchsmanagementteam einberufen werden soll.[746] Auch die Verfahrensordnung der Krankenhaushygiene des Klinikums Bremen-Mitte sieht eine vergleichbare Herangehensweise bei einem Ausbruchsgeschehen vor.

Die Meldung durch die Oberärztin Frau Dr. Runde an die Hygienefachkraft Frau Mietzner hat ausweislich einer Aktennotiz vom 8. September 2011 unmittelbar die Frage aufgeworfen, ob ein Ausbruchsmanagementteam einzuberufen sei:

> *„(…). Frau Dr. Runde informiert das Gesundheitsamt und ein weiteres Gespräch zum Ausbruchsmanagement wird am 08.09.2011 nach Rücksprache mit dem beratenden Krankenhaushygieniker einberaumt. (…).“*[747]

Ein erstes aktenkundiges Zusammentreffen wegen des Auftretens der ESBL-bildenden Klebsiella pneunominae fand sodann am 12. September 2011 im Klinikum Bremen-Mitte statt. Gegenstand des Treffens war nach einer allgemeinen Einführung durch die Hygienefachkraft zunächst ein Bericht des damaligen Krankenhaushygienikers Herrn Dr. Kappler zu den Ergebnissen einer Umgebungsuntersuchung vom 8. September 2011. Danach seien auf dem Schnuller eines betroffenen Kindes, einer Kanülenabwurfbox im Raum 441, einer Windelwaage und an der Hand eines Mitarbeiters Klebsiellen nachgewiesen worden. Diese Befunde sowie die fünf

[746] Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (182 f.).
[747] Aktennotiz Nr. 1 vom 8. September 2011, Band 8, S. 3.

Patientenisolate würden zur DNA-Typisierung zum Nationalen Referenzzentrum für gramnegative Krankenhauserreger nach Bochum geschickt.[748] Eine Bewertung der Situation auf der Grundlage der bereits vorliegenden Erkenntnisse ist dem Protokoll nicht zu entnehmen. Es ist insbesondere keine Entscheidung über die Einberufung eines Ausbruchsmanagementteams getroffen worden. Dementsprechend ist in der Folgezeit zunächst keine bestimmte Personengruppe in kontinuierlicher Zusammenarbeit im Sinne eines Ausbruchsmanagementteams tätig geworden.

Der personellen Zusammensetzung und dem Tätigkeitsfeld des Ausbruchmanagementteams, so wie es die KRINKO-Empfehlung und die Verfahrensordung der Krankenhaushygiene des Klinikums Bremen-Mitte vorsehen, entsprach weitgehend die sogenannte „Umsetzungsrunde“, die nach der Information der Öffentlichkeit erst am 2. November 2011 ihre Arbeit aufnahm. Problematisch ist allerdings die fehlende oder nicht genügende Einbindung der Hygienefachkräfte und des damaligen Krankenhaushygienikers Herrn Dr. Kappler in die Arbeit der „Umsetzungsrunde“. In täglichen Arbeitstreffen ist in der „Umsetzungsrunde“ der Handlungsbedarf unter Einbeziehung von Mitarbeitern des Gesundheitsamts besprochen und koordiniert worden. Die einzelnen Sitzungen sind durch Protokolle dokumentiert.[749] Mit Frau Dr. Kuss, der Ärztlichen Geschäftsführerin des Klinikums Bremen-Mitte, sowie Herrn Dr. Selzer, dem leitenden Oberarzt für die Neonatologie, war bei diesen Treffen Hygienesachverstand zugegen. Ferner wurde das Gesundheitsamt umfassend beteiligt, wobei jedoch keine personelle Konstanz bestand. Im Übrigen war der Kreis der Teilnehmer wechselnd. In den „Umsetzungsrunden“ ist im Wesentlichen die Koordinationsleistung erbracht worden, die ein Ausbruchsmanagementteam leisten soll. Die Informationen sind zusammengeführt, die notwendigen Maßnahmen besprochen und die Aufgaben verteilt worden. Gleichwohl ist festzustellen, dass insbesondere die fehlende personelle Konstanz nicht den Empfehlungen der KRINKO entspricht und nachteilig ist, weil damit nicht gewährleistet ist, dass die mit der Umsetzung von Maßnahmen zur Verhinderung der weiteren Keimausbreitung befassten Personen auf dem gleichen Stand sind.

---

[748] Protokoll Nr. 2 vom 12. September 2011, Band 8, S. 5.

[749] Protokolle der Umsetzungsrunden vom 7.-10. November 2011, Band 3, S. 84 f., 88 f., 92 ff., 97 ff.; Protokoll der Umsetzungsrunde vom 14. November 2011, Band 6, S. 102 ff.; Protokoll der Umsetzungsrunde vom 15. November 2011, Band 30, S. 58 f.; Protokolle der Umsetzungsrunden vom 16.-21. November 2011, Band 9, S. 107 ff., 113a ff.; Protokolle der Umsetzungsrunden vom 29. November 2011 bis zum 17. Januar 2012, Band 100, S. 28 ff.

Dagegen ist ein Ausbruchsmanagementteam mit dem ab dem 4. November 2011 tagenden Krisenstab nicht etabliert worden. Hierzu hat der Geschäftsführer der Gesundheit Nord gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss ausgeführt:

> *„Am 2. November 2011 fand dann gemeinsam mit der Senatorin und der Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte die erste Pressekonferenz statt. Zwei Tage später, am 4. November 2011, habe ich dann initiiert, einen Krisenstab einzusetzen. Die Teilnehmer dieses Krisenstabs waren neben mir die Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte, Frau Kuss, Frau Wendorff, als verantwortlicher Chefarzt und als hygieneverantwortlicher Geschäftsführer Herr Professor Huppertz, aus der Rechtsabteilung des Hauses Frau Fries, die Leiterin des Eltern-Kind-Zentrums, Frau Grinnus, der Hygieneverantwortliche am Standort, Herr Kappler, die pflegerische Leitung des Eltern-Kind-Zentrums, Frau Thiele, meine persönliche Referentin, Frau Röseler, und die Leiterin der Unternehmenskommunikation, Frau Matiszick.*
>
> *Welche Funktion habe ich in diesem Krisenstab wahrgenommen? Ich habe dort eine koordinierende Aufgabe übernommen. Das habe ich getan, weil sehr schnell absehbar war und es ja auch schon da stattgefunden hat, dass dieser sehr tragische Keimausbruch, dieses sehr tragische Ereignis eine große öffentliche Relevanz haben würde. Deswegen habe ich die Koordination übernommen.*
>
> *Die Funktion der Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte im Krisenstab ist klar: Die Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte ist verantwortlich für den Standort und damit auch für die Umsetzung aller notwendigen Maßnahmen, deswegen waren beide Geschäftsführerinnen dabei. Die Funktion von Herrn Professor Huppertz und von Herrn Kappler: Das sind die verantwortlichen Fachleute gewesen, was Hygiene betrifft, weil ich selbst kein Hygieniker bin, das waren zu dem damaligen Zeitpunkt die hausinternen Experten.*
>
> *Ziel des Krisenstabs war, so haben wir es auch formuliert, dass wir eine einheitliche Information innerhalb des Unternehmens, aber vor allem auch nach außen sicherstellen wollten. Es sollte die Situation*

> *jeweils analysiert und beurteilt werden. Es sollte dort eine externe und interne Kommunikationsstrategie festgelegt werden, und natürlich sollten im Krisenstab die wichtigsten Handlungsfelder identifiziert werden.“*[750]

Bereits die Einberufung durch den Geschäftsführer der Gesundheit Nord, Herrn Dr. Hansen, und nicht durch einen Hygieneverantwortlichen des Klinikums Bremen-Mitte zeigt, dass es sich nicht um ein Ausbruchsmanagementteam im Sinne der KRINKO-Empfehlung gehandelt hat. Überdies sind die Zielsetzungen von denen eines Ausbruchsmanagementteams verschieden. Die Identifizierung der wichtigsten Handlungsfelder wurde zwar von Herrn Dr. Hansen als eine Aufgabe des Krisenstabs benannt. Als erstes Ziel wurde jedoch die einheitliche Information nach innen und außen durch Herrn Dr. Hansen in den Vordergrund gestellt.

Die Gründe dafür, dass nach dem 7. September 2011 noch keine kontinuierliche Sachbefassung durch eine bestimmte Personengruppe eingesetzt hat, dürften vielschichtig sein. Zunächst dürfte auch hier die unzureichende Dokumentation und der daraus resultierende mangelnde Gesamtüberblick über die Sachlage von Bedeutung gewesen sein. Da die vor Juli 2011 liegenden Fälle im Bewusstsein der Akteure nicht präsent waren,[751] wird das Ausmaß schlicht unterschätzt worden sein. Hinzu kommt, dass die Verfahrensfestlegung der Krankenhaushygiene des Klinikums Bremen-Mitte hinsichtlich der Maßnahmen bei Feststellung eines Auslöseereignisses den Beteiligten nicht präsent war.

Nach dem 2. November 2011 sind mit den Umsetzungsrunden und dem Krisenstab Strukturen zur Aufarbeitung des Keimausbruchs geschaffen worden. Dieses teilweise parallele Vorgehen entsprach jedoch nicht den KRINKO-Empfehlungen und auch nicht den Vorgaben der Verfahrensordnung der Krankenhaushygiene des Klinikums Bremen-Mitte. Der personellen Zusammensetzung und dem Tätigkeitsfeld des Ausbruchmanagementteams, so wie es die KRINKO-Empfehlung und die Verfahrensordung der Krankenhaushygiene des Klinikums Bremen-Mitte vorsehen, entsprach weitgehend die sogenannte „Umsetzungsrunde“, die nach der Information der Öffentlichkeit erst am 2. November 2011 ihre Arbeit aufnahm. Problematisch ist –

---

[750] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1103 f.

[751] Siehe unter „8.3.1. Feststellen des Auslöseereignisses“.

wie ausgeführt - die fehlende oder nicht genügende Einbindung der Hygienefachkräfte und des damaligen Krankenhaushygienikers Herrn Dr. Kappler in die Arbeit der „Umsetzungsrunde“. In täglichen Arbeitstreffen ist in der „Umsetzungsrunde“ der Handlungsbedarf unter Einbeziehung von Mitarbeitern des Gesundheitsamts besprochen und koordiniert worden. Die vom Krisenstab übernommene Aufgabe der Kommunikation nach innen und außen ist allerdings nach der KRINKO-Empfehlung Teil der Aufgaben, die das Ausbruchsmanagementteam wahrnehmen soll. Die Schaffung des Krisenstabes, der auch die Gesundheit Nord eingebunden hat, dürfte neben der Initiative durch Herrn Dr. Hansen auch dem Umstand der Holdingstruktur geschuldet sein. Der Keimausbruch hatte eine so große Öffentlichkeitswirkung, dass es sich nicht um ein Problem allein des Klinikums Bremen-Mitte handelte, sondern die Gesundheit Nord insgesamt betroffen war. Überdies wurde die im Krisenstab primär angesiedelte Unternehmenskommunikation ausschließlich auf der Ebene der Gesundheit Nord durch professionelle Pressesprecher begleitet. Auch betraf das Ausfallkonzept im März 2012 andere Standorte der Gesundheit Nord. So wurden an anderen Häusern neonatologische Versorgungskapazitäten wieder in Betrieb genommen bzw. neu geschaffen. Da ein solches Szenario auch bei anderen nosokomialen Ausbrüchen möglich erscheint, ist im Rahmen des Ausbruchsmanagements eine effiziente Bearbeitung der standortübergreifenden Probleme zu gewährleisten. Dabei sind alle Personen in das Ausbruchsmanagementteam einzubeziehen, unabhängig davon, ob sie bei der Holding oder einem einzelnen Krankenhaus des Klinikverbundes beschäftigt sind.

8.3.3. Meldung

Im Zusammenhang mit nosokomialen Infektionen bestehen gesetzlich in den §§ 6 Abs. 3, 11 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz geregelte Meldepflichten beziehungsweise Übermittlungspflichten. Die Erfüllung der Meldepflicht ist, zumindest soweit die Meldepflicht des Krankenhauses an das Gesundheitsamt betroffen ist, Teil des Ausbruchsmanagements.

8.3.3.1. Meldung durch das Klinikum Bremen-Mitte

Die erste Aufgabe des Ausbruchsmanagementteams soll nach der betreffenden KRINKO-Empfehlung sein, mit Hilfe der vorliegenden Informationen eine vorläufige

Gefährdungsbeurteilung durchzuführen und festzustellen, inwieweit tatsächlich ein Ausbruch vorliegt und akuter Handlungsbedarf besteht oder Infektionen bereits vor Einweisung in das Krankenhaus erworben wurden oder falsche positive Befunde oder Artefakte vorliegen.[752] Es sollen hierzu die bestehenden Informationen mit Hilfe einer Checkliste hinterfragt werden. Sodann formuliert die KRINKO-Empfehlung missverständlich:

> *„Bei Vorliegen eines Ausbruchs wird das Gesundheitsamt informiert (§ 6 Abs. 3 IfSG) (…).“*[753]

Ein Ausbruch kann erst dann positiv festgestellt werden, wenn beim Vorliegen mehrerer Befunde die Genidentität festgestellt worden ist. Die gesetzliche Regelung des § 6 Abs. 3 S. 1 Infektionsschutzgesetz fordert dies nicht:

> *„Dem Gesundheitsamt ist unverzüglich das gehäufte Auftreten nosokomialer Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, als Ausbruch nichtnamentlich zu melden.“*

Der epidemische Zusammenhang, mithin das Bestehen eines Ausbruchs, muss folglich nicht feststehen. Er muss lediglich wahrscheinlich sein oder vermutet werden. Die KRINKO-Empfehlung ist insoweit missverständlich. Sie verweist zwar auf § 6 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz, verlangt dem Wortlaut nach jedoch das Vorliegen eines Ausbruchs, obwohl gemäß der gesetzlichen Bestimmung bereits die Wahrscheinlichkeit oder die Vermutung eines epidemischen Zusammenhangs ausreicht.

Der Begriff der „nosokomialen Infektion“ ist in § 2 Nr. 8 Infektionsschutzgesetz als „eine Infektion mit lokalen oder systemischen Infektionszeichen als Reaktion auf das Vorhandensein von Erregern oder ihrer Toxine, die im zeitlichen Zusammenhang mit einer stationären oder einer ambulanten medizinischen Maßnahme steht, soweit die Infektion nicht bereits vorher bestand,“ legal definiert. Die Anwendung dieser Legaldefinition auf Frühgeborene ist nicht unproblematisch, weil diese von Geburt an

---

[752] Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (183).
[753] Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (183).

stationär behandelt werden und daher das Bestehen einer Infektion vor dem Krankenhausaufenthalt ausgeschlossen ist. Durch das Nationale Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen am Institut für Hygiene und Umweltmedizin der Charité wird daher zur Abgrenzung noskomialer Infektionen von solchen, die über die Plazenta der Mutter erfolgt sind, ein Zeitintervall von 72 Stunden vorgeschlagen. Dieses Zeitintervall soll nicht gelten, wenn eine Infektion vor diesem Zeitpunkt eindeutig nosokomial oder eindeutig transplazentar erfolgt ist.[754] Die Vereinbarkeit dieser Definition mit der gesetzlichen Legaldefinition kann im Hinblick auf den zu untersuchenden Sachverhalt dahinstehen, denn die Erstnachweise bei den betroffenen Frühchen lagen zeitlich jeweils mehr als 72 Stunden nach der Geburt.[755] Zudem fand bei den Müttern der Frühchen kein Screening auf ESBL-bildende Klebsiella pneumoniae statt, so dass eine transplazentare Infektion nicht nachweisbar gewesen wäre.

Voraussetzung für das Vorliegen einer nosokomialen Infektion im Sinne des § 2 Nr. 8 Infektionsschutzgesetz ist weiter, dass lokale oder systemische Infektionsanzeichen bestehen. Die Besiedelung ohne klinische Symptome wird nicht erfasst.[756] Klassisches Beispiel für eine systemische Infektion ist die Sepsis, für eine lokale Infektion die Wundinfektion.[757] Im Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011 finden sich bezogen auf das zu beurteilende Geschehen folgende Definitionen:[758]

> *„**Klebsiellen Sepsis** wurde definiert als Sepsis mit Nachweis von ESBL-Klebsiella-pneumoniae in der Blutkultur. **Klebsiellen Infektion** wurde definiert als Klebsiellen Sepsis oder Infektion, die mit einem Carbapenem behandelt wurde.“*

Diese Definitionen sind im Bericht von Herrn Staatsrat Professor Stauch vom 20. Dezember 2011 zur Konkretisierung der Voraussetzungen der Meldepflicht übernommen worden. Er führt weiter aus, dass die gesetzliche Legaldefinition des § 2

---

[754] Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Protokoll – Surveillance nosokomialer Infektionen bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1.500 g, Stand: 22. Dezember 2009, S. 17.

[755] So auch Herr Staatsrat Professor Stauch, Bericht, Ausbruch von ESBL bildenden Klebsiella pneumoniae im Zentrum für Kinderheilkunde, Klinik Bremen-Mitte im Jahr 2011, Bremen, den 20. Dezember 2011, Band 50, S. 27.

[756] BT-Drs. 14/2530, S. 44

[757] Bales/Baumann/Schnitzler, Infektionsschutzgesetz, Kommentar und Vorschriftensammlung, Stuttgart, 2. Aufl., 2003,§ 2 Rn. 15.

[758] Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 10.

Nr. 8 Infektionsschutzgesetz Infektionsanzeichen verlange, mithin die bloße Besiedelung mit Keimen ohne klinische Symptome nicht ausreiche, und dies im Bereich der Frühgeborenenbehandlung Bedenken begegne, weil die antibiotische Behandlung häufig beginnen müsse, obwohl klinische Anzeichen für eine Infektion noch unspezifisch seien.[759] Damit ist jedoch nur beschrieben, was sinnvoll und zweckmäßig wäre. Dies unterstreicht die ausdrückliche Zustimmung zu den entsprechenden Ausführungen im Bericht „Ausbruch von ESBL bildenden Klebsiella pneumoniae im Zentrum für Kinderheilkunde Klinikum Bremen-Mitte im Jahr 2011“ von Herrn Staatsrat Professor Stauch durch Herrn Dr. Eckmanns vom Robert Koch-Institut.[760] Vom Wortlaut des § 2 Nr. 8 Infektionsschutzgesetz hingegen ist die Zuordnung bloßer Besiedelungen mit Keimen nicht erfasst, auch dann nicht, wenn bereits medizinisch indiziert rein vorsorglich mit einer Antibiotikatherapie begonnen wird. Indem vielmehr ausdrücklich „eine Infektion mit lokalen oder systemischen Infektionsanzeichen“ gefordert wird, kann die Erfassung bloßer Besiedelungen in Verbindung mit einer Antibiotikatherapie auch nicht im Wege einer erweiternden Auslegung unter den Begriff der „nosokomialen Infektion“ im Sinne des Infektionsschutzgesetz gefasst werden.

Es muss ferner, um Meldepflicht nach § 6 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz auszulösen, ein „gehäuftes Auftreten“ nosokomialer Infektionen festgestellt werden. Ein einmaliges Auftreten ist nicht geeignet die Meldepflicht zu begründen. Wann eine Häufung vorliegt, kann nicht generell in absoluten Zahlen festgelegt werden. Kriterium für einen Ausbruch beziehungsweise eine Häufung soll ein signifikanter Anstieg der Anzahl bestimmter Infektionen gegenüber der Grundrate sein. Voraussetzung für diese Beurteilung ist die Kenntnis dieser Grundrate. Diese soll sich in etwa durch die Ergebnisse der Studien des Nationalen Referenzzentrums für Krankenhaushygiene (NIDEP- und KISS-Studien) abschätzen lassen, aber im Übrigen von Krankenhaus zu Krankenhaus schwanken können und von der jeweiligen Station abhängen.[761]

Die Komplexität der Feststellung der Grundrate verdeutlicht, dass eine Orientierung daran kaum handhabbar ist, insbesondere unter Berücksichtigung des Umstandes, welchen Personenkreis nach § 8 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz die Pflicht zur

---

[759] Herr Staatsrat Professor Stauch, Bericht, Ausbruch von ESBL bildenden Klebsiella pneumoniae im Zentrum für Kinderheilkunde, Klinik Bremen-Mitte im Jahr 2011, Bremen, den 20. Dezember 2011, Band 50, S. 27.

[760] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2083 ff.

[761] Bales/Baumann/Schnitzler, Infektionsschutzgesetz, Kommentar und Vorschriftensammlung, Stuttgart, 2. Aufl., 2003, § 6 Rn. 43.

unverzüglichen Meldung trifft. Verpflichtet zur Meldung sind bezogen auf Krankenhäuser gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 1 Infektionsschutzgesetz die feststellenden und die leitenden Ärzte. Diesen würde bei einem Abstellen auf die Grundrate bezogen auf eine Vielzahl unterschiedlicher Keime abverlangt, Studien zu kennen oder sich das betreffende Wissen permanent unmittelbar verfügbar zu machen. Eine solche Forderung ist im Krankenhausbetrieb nicht umsetzbar und überfordertdas ärztliche Personal. Es ist daher für die Beurteilung, ob ein gehäuftes Auftreten im Sinne des § 6 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz vorliegt, eine Einzelfallbetrachtung unter Abwägung aller zur Verfügung stehenden Daten und unter Berücksichtigung der spezifischen Besonderheiten der Station geboten. Hierbei sollte von dem Grundsatz ausgegangen werden, dass in Zweifelsfällen die Meldung zu erfolgen hat. Im Einzelnen bedeutet dies, dass bei Infektionen mit Erregern mit speziellen Resistenzmustern (identischen Resistenzmustern), die von § 23 Infektionsschutzgesetz erfasst sind, etwa Klebsiellen ssp., MRSA, VRE, E. coli, ab zwei Patienten ein epidemischer Zusammenhang gegeben sein kann.[762]

Der Umstand, dass damit Beurteilungsspielräume und Zweifelsfälle verbleiben, ist hinnehmbar, zumal eine Verletzung des § 6 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz nicht bußgeldbewehrt ist und daher nicht die besonderen straf- und bußgeldrechtlichen Bestimmtheitsanforderungen an die Norm zu stellen sind. Die Unbestimmtheit der Formulierung und der Auslegung des Begriffs des „gehäuften Auftretens“ ist der Komplexität der zu beurteilenden Sachverhalte geschuldet.

Von einer Häufung nosokomialer Infektionen musste ab dem 9. August 2011 ausgegangen werden. Zu diesem Zeitpunkt waren zwei Fälle nosokomialer Infektionen mit ESBL-bildenden Klebsiellen auf der Station 4027 bekannt, und zwar:

- Bei Kind Nr. 10, das am 25. April 2011 geboren wurde, wurden bei einem Abstrich vom 30. April 2011 ESBL-bildende Klebsiellen festgestellt.[763] Es bestanden überdies systemische Infektionszeichen als Reaktion auf das Vorhandensein von Erregern. Im Arztbericht ist hierzu ausgeführt:

[762] Vgl. im Einzelnen den Anhang 1 der Empfehlung Ausbruchsmanagement und strukturiertes Vorgehen bei gehäuften nosokomialen Infektionen, Bundesgesundheitsblatt 2002 180 (185). Der dort dargestellte enge Auslegungsmaßstab stellt einen Maßstab für die Praxis dar.

[763] Patientenakte, Band 27, S. 1065.

> *„Am 5. Lebenstag vermehrte Bradykardien und Temperaturanstieg mit Zentralisierung. Bei klinisch krank wirkendem Kind laborchronisch erhöhten Entzündungszeichen (II6 <5000 pg/nl) begannen wir zunächst eine antibiotische Therapie mit Flucloxacillin und Cefotaxim. Die Blutkultur ergab Klebsiella pneumoniae (ESBL). (…).“*[764]

- Bei Kind Nr. 16, das am 31. Juli 2011 geboren wurde, wurden bei einem Abstrich vom 7. August 2011 ESBL-bildende Klebsiellen festgestellt. Der Befund lag am 9. August 2011 vor.[765] Das Kind verstarb am 8. August 2011. Zum Verlauf und zur Therapie wird im Arztbericht ausgeführt:

> *„Bei klinischer Verschlechterung und erhöhten Entzündungsparametern (IL-6 < 16,000pg/ml am 06.08) wurde eine antibiotische Therapie mit Flucloxacillin und Cefotaxim durchgeführt. Zunächst besserte sich der Zustand des Kindes. Bei erneuter Verschlechterung erfolgte am 08.08. die Umstellung auf Vancomycin und Cefotaxim. Im weiteren Verlauf kam es trotz antibiotischer Therapie zu fulminanter Sepsis mit dissiminierter intravasaler Gerinnung. Trotz maximaler Therapie (…) gelang es bedauerlicherweise nicht (…) zu stabilisieren. Es trat zudem eine Hirnblutung II Grades bds. auf. (…) verstarb (…) am 8.08 (…). In der Blutkultur fanden sich Klebsiella pneumoniae, die eine Resistenz gegen Cefotaxim zeigten (ESBL).“*[766]

Mit der letzten Information betreffend das Kind Nr. 16 war unverzüglich die Meldung nach § 6 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz an das Gesundheitsamt zu veranlassen. Die beiden nosokomialen Infektionen im Sinne des § 2 Nr. 8 Infektionsschutzgesetzes lagen zu diesem Zeitpunkt zwar mehr als vier Monate auseinander. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass in der Zwischenzeit mehrere Besiedelungen festgestellt worden waren, und zwar im Einzelnen (nachfolgend genannte Daten beziehen sich auf den Tag des Abstrichs):

---

[764] Patientenakte, Band 27, S. 1042.
[765] Patientenakte, Band 24, S. 595.
[766] Patientenakte, Band 24, S. 568.

- Am 26. Mai 2011 auf der Station 4028 bei Kind Nr. 11,
- am 17. Juni 2011 auf der Station 4028 bei Kind Nr. 12,
- am 27. Juni 2011 auf der Station 4027 bei Kind Nr. 13,
- am 6. Juli 2011 auf der Station 3911 bei Kind Nr. 14 und
- am 22. Juli 2011 auf der Station 4027 bei Kind Nr. 15.[767]

Die Bedeutung der fortdauernden Besiedelungen wird nicht dadurch gemindert, dass sie zum Teil andere Stationen betrafen, insbesondere die Station 4028, weil ärztliches und pflegerisches Personal zwischen den Stationen wechselte. Die zwei nosokomialen Infektionen innerhalb von etwa vier Monaten, das zwischenzeitig konstante Auftreten von Besiedelungen sowie der Umstand, dass es sich um höchst infektionsanfällige Patienten handelte, hätte zu einem hohen Maß an Sensibilisierung führen müssen. Von besonderer Bedeutung ist, dass sich die Befunde auf der Station 4027 zeitlich verdichteten. In der Zeit vom 27. Juni 2011 bis zum Todesfall vom 8. August 2011 betreffend das Kind Nr. 16 sind bei zwei Kindern Besiedelungen festgestellt worden (Kinder Nr. 13 und Nr. 15) und bei einem Kind eine nosokomiale Infektion, die zum Tod geführt hat. Auch wenn zu diesem Zeitpunkt insoweit keine positiven Erkenntnisse bestanden, musste sich angesichts der zeitlichen Abfolge der Verdacht eines epidemischen Zusammenhangs zwischen den Vorfällen aufdrängen.

Tatsächlich erfolgte die Meldung durch das Klinikum Bremen-Mitte an das Gesundheitsamt erst am 7./8. September 2011,[768] nachdem es bei drei weiteren Kindern auf der Station 4027 bei Abstrichen vom 30. August, 2. September und 7. September 2011 und einem Kind auf der Station 3911 bei einem Abstrich vom 12. August 2011 zu positiven Befunden auf ESBL-bildende Klebsiella pneumoniae gekommen war.[769] Die Meldung ist wie folgt dokumentiert:

> *„Tel. mit Fr. Dr. Thomas (496-….)*
>
> *(Zuvor hatte Fr. Dr. Runde versucht mich zu erreichen)*

---

[767] Siehe unter „3. Ausbruchsgeschehen“.

[768] Zu den verschiedenen Angaben zum Zeitpunkt der Meldung vgl. „3.3.4. ESBL-bildende Klebsiellen im September 2011“.

[769] Zu den Befunden: Vgl. Anlage 4 zum Ausschussbericht.

> *Auf der Station werden insgesamt 16 Kinder betreut, z.T. in Inkubatoren. In der letzten Wochen seien mehrere (4 oder 5) Kinder mit ESBL-Infektion auffällig geworden. Dr. Kappler (Hygieniker) und Fr. Mietzner (Hygienefachkraft) seien informiert, Abstrichuntersuchungen würden laufen. Ein Ergebnis (Resistenzmuster, Erregerart etc.) liegt bisher nicht vor. Die erforderlichen Hygienemaßnahmen seien über Hrn. Kappler eingeleitet worden, aktuell gibt es keinen weiteren Handlungsbedarf.“*[770]

Die Meldung zu diesem Zeitpunkt war im Krankenhaus nicht unumstritten. Der seinerzeit die Hygieneverantwortlichkeit im Klinikum Bremen-Mitte wahrnehmende Chefarzt der Professor-Hess-Kinderklinik, Herr Professor Dr. Huppertz, beantwortete am 8. September 2011 die Mitteilung der Hygienefachkraft Frau Mietzner betreffend die Meldung an das Gesundheitsamt mit folgender E-Mail:

> *„Sehr geehrte Frau Mietzner, sehr geehrte KollegInnen,*
>
> *bitte klare definitorische Abgrenzung: wir haben eine Häufung, keinen Ausbruch; das Gesundheitsamt wird verständigt, wenn wir einen Ausbruchsverdacht haben; das ist meiner Ansicht nach bisher nicht der Fall.“*[771]

Diese Auffassung entspricht zwar nicht den Vorgaben des § 6 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz. Bei der Beurteilung ist aber zu berücksichtigen, dass die Ausführungen des Chefarztes Herrn Professor Dr. Huppertz im Einklang mit dem insoweit missverständlichen Wortlaut der KRINKO-Empfehlung zum Ausbruchsmanagement stehen.[772]

Im Nachgang zur Meldung wurde das Gesundheitsamt zunächst nur informiert. Fernmündliche Sachstandsmitteilungen erfolgten durch den Oberarzt Herrn Dr. Selzer am 13. September 2011 und den Krankenhaushygieniker Herrn Dr. Kappler am 14.

---

[770] Vermerk des Herrn Dr. Wunderle vom 13. September 2012, Band 8, S. 9.
[771] E-Mail von Herrn Professor Dr. Huppertz vom 8. September 2011, Band 9, S. 72a.
[772] Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (183).

September 2011.[773] Betreffend die Information vom 14. September 2011 durch Herrn Dr. Kappler vermerkte Herr Dr. Wunderle:

> *„Bei der Umgebungsuntersuchung seien in 4 Proben Klebsiellen gewachsen: auf einem Schnuller von einem bekannt ESBL-positiven Kind, in der Kitteltasche eines Mitarbeiters, an einem Kanülenabwurfbehälter, an der Windelwaage (Messung der Ausscheidung).*
>
> *Insbesondere könnte die Windelwaage die gemeinsame Quelle bzw. der Verteiler sein. Von den 4 Umweltproben liegt mittlerweile die Resistenzprüfung vor: die ESBL-pos. Stämme haben ein vergleichbares Resistenzmuster wie die 5 Humanisolate.*
>
> *Alle Proben werden ins Nationale Referenzzentrum (Bochum) zur weiteren Differenzierung geschickt. Wenn es ein weiteres Treffen auf der Station gibt, soll bitte das GAB eingeladen werden. Wenn es weitere pos. ESBL-Infektionen gibt, werden wir (GAB) eine Begehung durchführen.“*[774]

Eine weitere Einbindung des Gesundheitsamts im Rahmen eines Ausbruchsmanagements fand zunächst nicht statt.

Die Gründe für die verspätete Meldung durch das Klinikum Bremen-Mitte an das Gesundheitsamt dürften überwiegend auf die unzureichende Dokumentation der Keimbefunde nach § 23 Abs. 4 S. 1 Infektionsschutzgesetz und die Regelung der Zuständigkeit für die Bewertung der Befunde zurückzuführen sein.[775] Inwieweit darüber hinaus Unsicherheiten in der Beurteilung, wann von einem „gehäuften Auftreten“ nosokomialer Infektionen im Sinne des § 6 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz auszugehen ist, mitursächlich waren, ist nicht ersichtlich. Es bestanden hierzu zwar offensichtlich abweichende Auffassungen, die zum Teil auf der Linie der gesetzlichen Formulierung und zum Teil auf der Linie der insoweit missverständlichen KRINKO-Empfehlung lagen. Auswirkungen dieses Dissenses sind jedoch nicht feststellbar, denn faktisch ist die Meldung durch die Oberärztin Frau Dr. Runde vorgenommen worden, obwohl noch

---

[773] Vermerk des Herrn Dr. Wunderle vom 13. September 2011, Band 8, S. 9 f.
[774] Vermerk des Herrn Dr. Wunderle vom 13. September 2011, Band 8, S. 10.
[775] Siehe unter „8.3.1. Feststellen des Auslöseereignisses“.

keine positive Bestätigung für das Vorliegen eines epidemischen Zusammenhangs zwischen den Befunden vorlag, also noch nicht sicher von einem Ausbruch ausgegangen werden konnte, sondern nur ein Ausbruchsverdacht bestand.

8.3.3.2. Übermittlung durch das Gesundheitsamt

Nicht dem Ausbruchsmanagement zuzuordnen, jedoch aufgrund des Sachzusammenhangs an dieser Stelle zu erörtern sind die weiteren Übermittlungspflichten der Verwaltungsbehörden, insbesondere die des Gesundheitsamts, die aus § 11 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz resultieren. Hierzu sind die wesentlichen Aussagen bereits im Bericht von Herrn Staatsrat Professor Stauch vom 20. Dezember 2011, dem insoweit nachfolgend inhaltlich gefolgt wird, enthalten.[776]

§ 11 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz bestimmt:

> *„Ein dem Gesundheitsamt nach § 6 Absatz 3 als Ausbruch gemeldetes gehäuftes Auftreten nosokomialer Infektionen ist vom Gesundheitsamt spätestens am dritten Arbeitstag der folgenden Woche an die zuständige Landesbehörde sowie von dort innerhalb einer Woche an das Robert Koch-Institut ausschließlich mit folgenden Angaben zu übermitteln:*
>
> *1. zuständiges Gesundheitsamt,*
>
> *2. Monat und Jahr der einzelnen Diagnosen,*
>
> *3. Untersuchungsbefund,*
>
> *4. wahrscheinlicher Infektionsweg, wahrscheinliches Infektionsrisiko,*
>
> *5. Zahl der betroffenen Patienten.“*

Meldepflichtig ist mithin das als Ausbruch gemeldete gehäufte Auftreten nosokomialer Infektionen. Maßgeblich ist also die Meldung, hier des Krankenhauses. Nach dem Wortlaut der Vorschrift kommt es darauf an, ob das Gesundheitsamt eine Meldung „als

---

[776] Herr Staatsrat Professor Stauch, Bericht, Ausbruch von ESBL bildenden Klebsiella pneumoniae im Zentrum für Kinderheilkunde, Klinik Bremen-Mitte im Jahr 2011, Bremen, den 20. Dezember 2011, Band 50, S. 33 ff.

Ausbruch“ erhält. Ob nach Meinung des Gesundheitsamts ein Ausbruch vorliegt, spielt keine Rolle.

Ein gehäuftes Auftreten von Infektionen hatte das Klinikum Bremen-Mitte dem Gesundheitsamt unter dem 7./8. September 2011 durch Frau Dr. Runde gemeldet.[777] Telefonisch war mitgeteilt worden, auf der Station würden 16 Kinder betreut, in den „letzten Wochen“ seien vier oder fünf Kinder mit ESBL-Infektionen auffällig geworden.[778] Damit hatte das Gesundheitsamt Kenntnis von dem gehäuften Auftreten von Infektionen. Der Meldung war aber nicht zu entnehmen, dass das Krankenhaus bereits vom Ausbruch einer nosokomialen Infektion ausging.

Das Gesundheitsamt hätte spätestens die weitere Meldung vom 14. September 2011 durch Herrn Dr. Kappler als Ausbruchsmeldung behandeln müssen. Zu diesem Zeitpunkt hatte das Krankenhaus das gehäufte Auftreten von ESBL-bildenden Klebsiellen im zeitlichen Zusammenhang mit einer stationären oder einer ambulanten Maßnahme mitgeteilt, das bereits zu einem Todesfall geführt hatte. Anhaltspunkte für ein vorheriges Bestehen der Infektion hatte das Klinikum Bremen-Mitte nicht benannt. Das Krankenhaus vermutete auch einen epidemischen Zusammenhang: Hierfür sprachen sowohl die vergleichbaren Resistenzmuster der Humanisolate und der Umweltproben wie der Hinweis auf eine Windelwaage als mögliche „gemeinsame Quelle bzw. […] Verteiler“.[779] Diese Vermutung reichte für die Annahme eines Ausbruchs aus. Ein sicheres Wissen, etwa in Folge einer DNA-Typisierung, ist nach dem Gesetzestext nicht erforderlich.

Ausgehend davon, dass spätestens mit der Mitteilung des Klinikums Bremen-Mitte an das Gesundheitsamt Bremen vom 14. September 2011 eine Meldung nach § 6 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz vorlag, hätte das Gesundheitsamt die zuständige Landesbehörde spätestens am dritten Arbeitstag der folgenden Woche, also am 21. September 2011, informieren müssen. Von dort wäre innerhalb einer Woche, also bis zum 28. September 2011, dem Robert Koch-Institut eine Reihe von Informationen zu übermitteln gewesen. Tatsächlich wurde das Robert Koch-Institut erst am 1. November 2011, also mit rund fünf Wochen Verspätung, informiert.

---

[777] Zu den verschiedenen Angaben zum Zeitpunkt der Meldung vgl. „3.3.4. ESBL-bildende Klebsiellen im September 2011“.

[778] Vermerk des Herrn Dr. Wunderle vom 13. September 2011, Band 8, S. 9.

[779] Vermerk des Herrn Dr. Wunderle vom 13. September 2011, Band 8, S. 10.

Weitere Gründe, die einer Übermittlung entgegengestanden haben könnten, sind nicht ersichtlich. Insbesondere steht der Erfüllung der Übermittlungspflicht nicht entgegen, dass seinerzeit nach einem Vermerk des Gesundheitsamtes vom 10. November 2011 eine elektronische Meldung an das Robert Koch-Institut über das Programm SurvNet (Version 2.02.52) nicht möglich war,[780] denn das Gesetz verlangt keine elektronische Übermittlung. Das Gesundheitsamt hätte also in Schriftform übermitteln können.

Keine Bedeutung für die Übermittlungspflicht hat ferner der Umstand, dass im Zeitraum zwischen dem 7. September 2011 und dem 12. Oktober 2011 bei keinen weiteren Frühgeborenen Keime der Art Klebsiella pneumoniae/ESBL nachgewiesen wurden. Die Übermittlungspflicht nach § 11 Abs. 2 S. 1 Infektionsschutzgesetz ist vom weiteren Verlauf unabhängig. Dies folgt schon aus dem Wortlaut der Norm, aber auch aus ihrem Zweck: Denn die Vorschrift dient dazu, Informationen über nosokomiale Ausbrüche auf epidemiologische Zusammenhänge hin zu untersuchen und die zuständigen Landesbehörden anhand der gewonnenen Erkenntnisse zu beraten oder, wenn Ausbrüche in anderen Krankenhäusern zu befürchten sind, durch Veröffentlichungen im Epidemiologischen Bulletin zu informieren. Für diesen Zweck spielt es keine Rolle, ob es in dem konkret betroffenen Krankenhaus zu weiteren Fällen gekommen ist. Überdies ist nicht feststellbar, ob der Umstand, dass in der Zeit vom 7. September 2011 bis zum 12. Oktober 2011 keine weiteren Keimübertragungen festgestellt wurden, nicht allein darauf beruht, dass kein Routinescreening aller Frühchen durchgeführt wurde.

Der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit fällt kein Verstoß gegen eine Übermittlungsverpflichtung zur Last. Sie hat am 1. November 2011, unmittelbar nachdem sie Kenntnis von dem Keimausbruch erlangt hat, umgehend an das Robert Koch-Institut übermittelt. Eine Kenntniserlangung zu einem früheren Zeitpunkt konnte nicht festgestellt werden. Sowohl die Senatorin, Frau Jürgens-Pieper, als auch deren Mitarbeiter gaben übereinstimmend an, vor dem 1. November 2011 keine Kenntnis von dem Keimausbruch in der Neonatologie des Klinikums Bremen-Mitte gehabt zu haben.[781] Auch über die Funktion der Aufsichtsratsvorsitzenden der Gesundheit Nord

---

[780] Vermerk zur Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz vom 10. November 2011, Band 4, S. 258.

[781] Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4484; Frau Götz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 11/1284; Herr Dr. Götz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2843.

war keine frühere Information der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit feststellbar.

Der Grund dafür, dass das Gesundheitsamt die Übermittlung an die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit verspätet vornahm, dürfte im Wesentlichen auf die fehlende Regelung des Übermittlungsweges in der Infektionsschutz-Zuständigkeitsverordnung zurückzuführen sein, die im Zusammenhang mit dem Landeskompetenzzentrum ausführlich dargestellt ist.[782]

Inwieweit die verspätete Übermittlung durch das Gesundheitsamt Einfluss auf den Verlauf des Ausbruchs hatte, konnte nicht geklärt werden. Festzustellen ist, dass das Gesundheitsamt während des Ausbruchsgeschehens im Herbst 2011 das Klinikum Bremen-Mitte qualifiziert unterstützte.

8.3.4. Erste krankenhaushygienische Ortsbegehung und Festlegung des akuten Handlungsbedarfs

Wenn vom Ausbruchsmanagementteam das Vorliegen eines Ausbruchs bestätigt wurde, soll nach der einschlägigen KRINKO-Empfehlung eine hygienisch-mikrobiologische Ortsbegehung zur Beurteilung der hygienischen Situation mit Beobachtung und Darstellung der Handlungsabläufe vorgenommen werden. Hierbei sollen weitere Informationen gesammelt werden, um mögliche Infektionsquellen zu ermitteln und das Risiko einer weiteren Übertragung auf Patienten und Personal einzuschätzen sowie Abweichungen von festgelegten Hygiene-Richtlinien festzustellen (Soll-Ist-Analyse).[783]

8.3.4.1. Durchführung der Maßnahmen

Auch wenn Anfang September 2011 kein Ausbruchsmanagementteam im eigentlichen Sinn einberufen und tätig geworden ist, wurde der Handlungsempfehlung entsprochen, eine erste Krankenhausbegehung durchzuführen und den akuten Handlungsbedarf festzulegen. Die Hygienefachkraft Frau Mietzner führte noch am 7. September 2011

[782] Siehe unter „9.2.3.1. Landeskompetenzzentrum für Infektionskrankheiten“.
[783] Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (183).

nach der Meldung durch die Oberärztin Frau Dr. Runde eine Begehung und eine Umgebungsuntersuchung auf der Station 4027 durch. Hierbei aufgefallene Defizite sind in einem Vermerk niedergelegt worden. Diese betrafen unter anderem die Lagerhaltung von Verbrauchsmaterialien, den hygienischen Zustand von Geräten und das Hygieneverhalten von Eltern.[784] Die Ergebnisse der Begehung und der Umgebungsuntersuchung sind sodann am 12. September 2011 besprochen worden. Hierbei waren Herr van Hall (Stationsleitung), Frau Bojang (stellvertretende Stationsleitung), Herr Dr. Selzer (Leitender Oberarzt), Herr Dr. Schwalm (hygienebeauftragter Arzt), Frau Mietzner (Hygienefachkraft) und Herr Dr. Kappler (Krankenhaushygieniker) anwesend. Die einzelnen Feststellungen aus den Begehungen und Umgebungsuntersuchungen sind erörtert worden. Insbesondere zur Händedesinfektion und der Hygieneeinweisung der Eltern sind Maßnahmen verabredet worden.[785]

Die ferner nach der KRINKO-Empfehlung vorzunehmende Datensammlung ist vor der Besprechung vom 12. September 2011 nur unzureichend erfolgt. In dem Besprechungsprotokoll wird ausgeführt, dass bei fünf Patienten ESBL-bildende Klebsiella pneumoniae festgestellt worden sei. Der Erstnachweis datiere vom 22. Juli 2011 und betreffe Kind Nr. 15.[786] Die davor liegenden fünf Nachweise betreffend die Kinder Nr. 10 bis 14 aus Abstrichen in der Zeit vom 30. April bis zum 6. Juli 2011[787] waren seinerzeit noch nicht als möglicher Teil des Ausbruchs erfasst und mithin nicht Gegenstand der Beratungen. Die Aufgabe, mögliche Infektionsquellen zu ermitteln und das Risiko einer weiteren Übertragung auf weitere Patienten einzuschätzen, konnte auf der Grundlage dieser defizitären Datenlage nicht sachgemäß wahrgenommen werden. Verantwortlich dafür ist die nach § 23 Abs. 4 S. 1 Infektionsschutzgesetz vorgeschriebene, aber nur lückenhafte und der Form nach unzweckmäßig erstellte Dokumentation sowie die fehlende klare Aufgabenzuweisung hinsichtlich der Bewertung der Daten.[788] Ferner dürfte die E-Mail des seinerzeit die Aufgabe des Hygieneverantwortlichen wahrnehmenden Herrn Professor Dr. Huppertz vom 8. September 2011 Wirkungen nach sich gezogen haben, nach der noch nicht von einem Ausbruchsverdacht auszugehen sei, wenngleich auch dies spekulativ ist. Die betreffende E-Mail ist abgesehen von Herrn Dr. Selzer und Frau Bojang an alle übrigen

[784] Aktennotiz Nr. 1 vom 8. September 2011, Band 8, S. 3 f.
[785] Protokoll Nr. 2 vom 12. September 2011, Band 8, S. 7 f.
[786] Protokoll Nr. 2 vom 12. September 2011, Band 8, S. 5.
[787] Vgl. Anlage 4 zum Ausschussbericht.
[788] Siehe unter „8.3.1. Feststellen des Auslöseereignisses“.

Teilnehmer der Besprechung vom 12. September 2011 gesandt worden.[789] Der Besprechung vom 12. September 2011 folgten keine weiteren zeitnahen Treffen, die der Befassung mit dem Auftreten der ESBL-bildenden Klebsiella pneumoniae dienten. Das nächste dokumentierte Treffen zur Sachbefassung mit den Keimvorfällen fand erst am 18. Oktober 2011 statt. Hierbei handelte es sich um die Begehung der Station 4027 mit dem Gesundheitsamt.

8.3.4.2. Qualität der Maßnahmen

Zwar entsprachen einige Maßnahmen damit dem Wortlaut der KRINKO-Empfehlung zum Ausbruchsmanagement, die getroffenen Maßnahmen blieben insgesamt aber oberflächlich. Die Begehung und die Umgebungsuntersuchung haben eine Vielzahl hygienischer Mängel auf der Station 4027 nicht aufgedeckt. Dies belegt die Begehung der Station 4027 durch das Gesundheitsamt vom 18. Oktober 2011, bei der offensichtliche Hygienemängel festgestellt wurden, die bereits zuvor hätten auffallen müssen. Es wurden unter anderem Vorhänge an den Fenstern, Armlehnstühle aus Vollholz, deren offenporige Oberflächen nicht mehr sicher zu desinfizieren waren, defekte Arbeitsflächen mit offenporigen Holzumlaufleisten und fehlende Händedesinfektionsmittelspender festgestellt.[790]

Zwischen dem 7. September und dem 10. November 2011 wurden auf den Stationen 4027 und 4028 in der Kinderklinik und im Kreißsaal zahlreiche Umgebungsuntersuchungen durchgeführt. Beprobt wurden: Hand-/Kittelhygiene, Medizingeräte, medizinisches Verbrauchsmaterial, patientennahe Flächen, Bürogeräte, Desinfektionsmittel, Medikamente, Pflegemittel, Luft, Wasser, Waschbecken, Siphons und Strahlregler, patientenferne Flächen und Lagerräume.[791] In vier Proben der ersten Abstrichserie wurde dabei der Ausbruchsstamm nachgewiesen: auf dem Schnuller eines betroffenen Kindes, auf einer Kanülenabwurfbox und auf einer Windelwaage jeweils in der Station 4027 und zudem auf der Hand eines/einer Beschäftigten.[792] Daneben gab es weitere auffällige Befunde mit anderen Erregern. Auf der Station 4027 wurden 167 Proben entnommen. Bei der ersten Untersuchung Anfang September

[789] E-Mail von Herrn Professor Dr. Huppertz vom 8. September 2011, Band 9, S. 72a.

[790] Protokoll der Begehung am 18. Oktober 2011, Band 8, S. 24 ff.

[791] Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 41 ff.

[792] Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 13; Nationales Referenzzentrum für gramnegative Krankenhauserreger, Typisierung von Isolaten mittels Pulsfeldgelelektrohorese, 20. Februar 2012, Band 111, S. 3.

wurde in einer Vancomycin-Spritze ein Bacillus festgestellt, in der Luft eines Patientenzimmers befanden sich Serratia spp., zudem fanden sich Pseudomonaden in zwei Wasserproben und in sechs Proben von Siphons und Strahlreglern.[793] Bei einer Nachkontrolle Mitte Oktober 2011 befanden sich an einer Hand und in drei Proben aus Kittelinnentaschen Staph. Aureus, diese befanden sich zudem in einer Probe aus einem Nebenraum. Keime befanden sich auch in einem Fach für Sauger und auf einem DescoWipes-Eimer wurde Aspergillus fumigatus nachgewiesen.[794] Bei einer Untersuchung vom 1. November fanden sich Keime auf einer Salbendose.[795] Auf der Station 4028 wurden 82 Proben entnommen. Im September 2011 wurden bei Proben auf Händen und aus Kittelinnentaschen E.coli und Staph. Aureus festgestellt. Pseudomonaden fanden sich in einem Nebenraum, in einem Desinfektionseimer und in einem Siphon/Strahlregler. Zudem wurden Keime auf einem Handschuhkasten, einem Notarztrucksack und einem Verbandwagen festgestellt.[796] Die übrigen Proben aus der Kinderklinik waren unauffällig.[797] Im Kreißsaal fanden sich Keime auf einer Reha-Einheit und auf einem Kasten für sterile Handschuhe, zudem befanden sich Blutflecken auf einem OP-Türgriff.[798]

Herr Dr. Eckmanns hat dazu in nicht öffentlicher Beweisaufnahme erläutert, bei der Interpretation der Ergebnisse von Umgebungsuntersuchungen sei immer darauf zu achten, wann sie gemacht worden seien. Wenn Proben unmittelbar nach Vornahme einer Handlung an einem infizierten oder besiedelten Kind genommen würden, sei es nicht ungewöhnlich, wenn sie einen Befund aufwiesen.[799] Sicher könnten Proben fast nur von der Person interpretiert werden, die sie erhoben habe, weil sie die genauen Umstände der Probennahme kenne.[800] Das Robert Koch-Institut habe die Ergebnisse der Umgebungsuntersuchungen zwar aufgelistet, sie aber nicht interpretiert. Die Befunde seien weit vor seinem Einsatz erhoben worden. Man habe sich speziell auf den zu untersuchenden Ausbruch konzentriert.[801] Bestimmte Feststellungen zeigten allerdings, wie leicht eine Übertragung von Erregern stattfinden könne.[802]

---

[793] Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 41.
[794] Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 42.
[795] Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 43.
[796] Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 44.
[797] Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 45.
[798] Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 46.
[799] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der nicht öffentlichen Beweisaufnahme, 8/188.
[800] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der nicht öffentlichen Beweisaufnahme, 8/199.
[801] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der nicht öffentlichen Beweisaufnahme, 8/189.
[802] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der nicht öffentlichen Beweisaufnahme, 8/193.

Auch Herr Professor Dr. Popp äußerte sich zu den oben genannten Umgebungsuntersuchungen. Seiner Meinung nach lasse sich aus den aufgeführten Ergebnissen unter anderem ableiten, dass die Reinigung offensichtlich unbefriedigend sei, wie hohe Keimzahlen, insbesondere auf Handschuhkästen, Kosmetikboxen, Salbendosen usw. zeigten. Der Umstand, dass in einem Desinfektionsmitteleimer Pseudomonas nachgewiesen worden seien, lasse darauf schließen, dass entweder Desinfektionsmittel eingesetzt worden sei, das massiv kontaminiert war, oder dass das Desinfektionsmittel völlig unterdosiert gewesen sei.[803] In seiner Befragung durch den parlamentarischen Untersuchungsausschuss führte er aus:

> *„Auffällig sind die Ergebnisse der Abklatschuntersuchungen oder der Umgebungsuntersuchungen. Wenn man in der Desinfektionsmittellösung massenhaft Pseudomonas nachweisen kann, dann ist das für mich ein alarmierender Befund, dem nachgegangen werden muss, was hier in Bremen ja auch nicht passiert ist.“*[804]

Noch konkreter äußerte er:

> *„Das würde ich im Rahmen des Ausbruchsmanagements so sehen, denn man macht ja Umgebungsuntersuchungen, um daraus irgendwelche Schlussfolgerungen zu ziehen, weil man natürlich auch etwas verbessern will. Wenn man dann noch derart auffällige Befunde hat - dass man jetzt den Keim an irgendeiner Stelle nachweist, das ist ja irgendwie noch nachvollziehbar, das muss aber natürlich auch diskutiert werden -, und zwar mehrere ganz verschiedene, die komplett aus allen Erfahrungen herausfallen, die dann zu keinerlei Diskussion und zu keinerlei Folgerung führen, dann empfinde ich das als völlig unangemessen angesichts der Befunde.“*[805]

---

[803] E-Mail Professor Dr. Popp, 19. April 2012, Band 172, S. 102; Sachverständigengutachten von Herrn Professor Dr. Popp im Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Bremen vom 28. August 2012, Band 207, S. 231.

[804] Herr Professor Dr. Popp, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 32/4686 f.

[805] Herr Professor Dr. Popp, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 32/4776.

Diese Kritik ist für den parlamentarischen Untersuchungsausschuss schlüssig und nachvollziehbar. Nach den ihm zur Verfügung gestellten Akten wurden die Ergebnisse der Umgebungsuntersuchungen nicht hinreichend kritisch diskutiert. Auch ist nicht ersichtlich, welche Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen gezogen wurden und was im Einzelnen aufgrund dieser Erkenntnisse veranlasst wurde.

8.3.5. Festlegung von ersten Interventionsmaßnahmen zur Verhütung der Weiterverbreitung der Keime

Die KRINKO-Empfehlung zum Ausbruchsmanagement sieht nach der Festlegung des akuten Handlungsbedarfs eine erste kritische Analyse der bis dahin gewonnenen Informationen, der Gefährdungsanalyse und der festgestellten Hygienemängel unter Berücksichtigung der Art der Infektion, der Ökologie und der bekannten Übertragungswege des Erregers zur Festlegung von Sofortmaßnahmen zum Schutz vor dessen Weiterverbreitung vor. Die Auswahl dieser ersten Interventionsmaßnahmen kann in dieser Phase noch Unschärfen aufweisen, weil der Informationsstand häufig noch lückenhaft ist, Patienten und Personal aber so rasch wie möglich zu schützen sind. Zu den bewährten Sofortmaßnahmen werden gezählt:

- Information und Schulung des Personals hinsichtlich des Umgangs mit der gehäuft aufgetretenen Infektion unter besonderer Berücksichtigung der Händedesinfektion,
- gezielte Desinfektionsmaßnahmen,
- gegebenenfalls Isolierung betroffener Patienten,
- gegebenenfalls vorübergehende Schließung von Abteilungen oder Stationen nach vorheriger Abstimmung mit dem Gesundheitsamt.[806]

Am 12. September 2011 sind zwar im parlamentarischen Untersuchungsausschuss an die erste krankenhaushygienische Ortsbegehung durch die Hygienefachkraft Frau Mietzner und die Umgebungsuntersuchung erste Maßnahmen besprochen worden. Diese betrafen jedoch die Händehygiene und die Aufklärung der Eltern über die hygienischen Verhaltensanforderungen beim Kontakt mit dem Kind. Es handelte sich

[806] Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (183).

um keine Interventionsmaßnahmen im eigentlichen Sinn, sondern die Intensivierung des allgemeinen Hygienemanagements.[807]

8.3.5.1. Screening-Untersuchungen der Patientinnen und Patienten

Klassische Maßnahmen eines Ausbruchsmanagements, die in der KRINKO-Empfehlung angesprochen sind, wurden hingegen erst deutlich später ergriffen. Um erkennen zu können, ob eine Übertragung von bereits infizierten oder besiedelten Kindern auf bisher noch nicht betroffene Frühchen stattfindet, wäre die Anordnung eines regelmäßigen Screenings aller Patienten der betroffenen Abteilungen, insbesondere der Station 4027 erforderlich gewesen. Das Screening auf ESBL ist jedoch nicht durch das Klinikum initiiert worden. Es findet sich vielmehr erst am 18. Oktober 2011 eine Empfehlung hierzu durch das Gesundheitsamt. Im Protokoll der Begehung vom 18. Oktober 2011 heißt es in den Empfehlungen des Referatsleiters Infektionsepidemiologie, Herrn Dr. Wunderle, unter anderem:

> *„Weiter sollen ab sofort alle Abstriche (Perineum) der Frühgeborenen auch auf ESBL getestet werden. 1xwöchentlich soll ein ESBL-Screening stattfinden.“*[808]

Dementsprechend liegen erst relativ spät, nämlich seit dem 25. Oktober 2011 flächendeckend für alle Kinder Screeningergebnisse vor. Für die Zeit davor bestehen keine gesicherten Erkenntnisse, wann sich die betroffenen Frühchen vor dem Erstnachweis infiziert haben.[809] Für die Annahme der handelnden Akteure beim Klinikum Bremen-Mitte, dass es in der Zeit nach der Meldung an das Gesundheitsamt vom 8. September 2011 bis zum 12. Oktober 2011 nicht zu Neuinfektionen gekommen sei,[810] besteht daher mangels Screeninguntersuchungen auch bei den unauffälligen Kindern kein Beleg. Unabhängig davon bestand kein Grund zur Entwarnung. In der Zeit vom 12. September bis zum 9. Oktober 2011 sind von den bereits als infiziert bekannten Kindern insgesamt 16 weitere positive Befunde aus

[807] Protokoll Nr. 2 vom 12. September 2011, Band 8, S. 5 ff.
[808] Protokoll der Begehung am 18. Oktober 2011, Band 1, S. 101.
[809] Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 24.
[810] Vgl. Protokoll der Begehung vom 18. Oktober 2011, Band 1, S. 101.

Screeninguntersuchungen eingegangen.[811] Es war dementsprechend bekannt, dass der Keim nach wie vor auf der Station präsent war und damit das Risiko der Übertragung fortbestand. Um stetig ein Lagebild zu erhalten und die Situation jeweils bewerten zu können, wäre die frühzeitige Anordnung eines regelmäßigen Screenings auf ESBL-bildende Klebsiellen daher unabdingbar gewesen. Dieses Erfordernis unterstreichen auch die Empfehlungen des Robert Koch-Instituts in dessen Zwischenbericht vom 29. November 2011. Darin wird eine intensivierte Surveillance gefordert, die unter anderem zweimal wöchentlich ein Sreening der Frühchen auf den Stationen 4027 und 4028 vorsah.[812] Herr Dr. Eckmanns vom Robert Koch-Institut erläuterte im Rahmen seiner Vernehmung als Sachverständiger vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss, dass es sich bei dem regelmäßigen Screening um eine der ganz wichtigen Maßnahmen handele, um möglichst früh zu erfahren, wo der Erreger sei und wo er neu auftauche. Um frühzeitig Erkenntnisse zu bekommen, müsse das Screening zweimal in der Woche durchgeführt werden.[813]

Damit korrespondiert, dass die KRINKO nunmehr seit Anfang 2012 aufgrund einer ergänzenden Empfehlung zur „Prävention nosokomialer Infektionen bei neonatologischen Intensivpflegepatienten mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g“ bei intensivmedizinisch behandelten Frühgeborenen sogar routinemäßig ein klinisch-mikrobiologisches Screening (in Bezug auf die Kolonisation) auf solche multiresistenten Infektionserreger für indiziert hält, die meist den Nasopharynx (Rachenabstrich) und den Gastrointestinaltrakt (Analabstrich) besiedeln, um gegebenenfalls frühzeitig eine kalkulierte Infektionstherapie einleiten zu können.[814]

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass das Screening auf ESBL-bildende Klebsiellen deutlich früher hätte eingeleitet werden müssen, um den Umfang und die Entwicklung des Problems beurteilen zu können. Anlass dazu hätte bereits Ende Juni 2011 bestanden, als die durch einen Abstrich vom 30. April 2011 nachgewiesene nosokomiale Infektion bekannt war und drei weitere Besiedelungsfälle jeweils betreffend ESBL-bildende Klebsiella pneumoniae aufgetreten waren.[815] Spätestens am 12. September 2011 hätte jedoch bei dem seinerzeit stattfindenden Treffen zur

---

[811] Chronologie der ESBL-Meldungen 2 incl. eingetakteter Abstrichbefunde, Band 21, S. 150.

[812] Herr Staatsrat Professor Stauch, Bericht, Ausbruch von ESBL bildenden Klebsiella pneumoniae im Zentrum für Kinderheilkunde, Klinik Bremen-Mitte im Jahr 2011, Bremen, den 20. Dezember 2011, Band 50, S. 27.

[813] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2078 f.

[814] Epidemiologisches Bulletin, 2012 (Nr. 2), 14.

[815] Siehe unter „8.3.1. Feststellen des Auslöseereignisses“.

Besprechung der Ergebnisse der Stationsbegehung und der Umgebungsuntersuchung eine Festlegung zur Durchführung eines regelmäßigen Screenings erfolgen müssen. Das Fehlen der Screeninguntersuchungen hat in der Folgezeit dazu geführt, dass keine ausreichende Datenbasis bestand, um die Situation beurteilen zu können. Soweit etwa die handelnden Akteure für die Zeit vom 8. September bis zum 12. Oktober 2011 davon ausgingen, dass keine weiteren Infektionen erfolgten, bestand hierfür keine sichere Grundlage. Ob der Keim nicht doch bereits in der Zwischenzeit weitergegeben wurde, könnte nur dann beurteilt werden, wenn in dieser Zeit auch die Kinder gescreent worden wären, bei denen keine Infektionsanzeichen erkennbar waren. Neben der tagesaktuellen Beurteilbarkeit der Sachlage ist durch das Unterlassen der Screeninguntersuchungen auch die Suche nach der Keimquelle behindert worden. Im Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts ist die Durchführung einer „analytischen Fall-Kontroll- oder Kohortenstudie“ als Möglichkeit zur weiterführenden epidemiologischen Untersuchung des Ausbruchsgeschehens angesprochen. Eine solche Studie konnte insbesondere deshalb nicht durchgeführt werden, weil es dazu der Feststellung sicher negativer Kontrollpatienten bedürfe und dazu aufgrund des Fehlens von Screeningergebnissen für die Zeit vor der Aufnahme der Screenings am 25. Oktober 2011 keine gesicherten Daten bestünden.[816]

8.3.5.2. Kohortierung

Die Isolierung betroffener Patienten, also eine Kohortierung, findet erstmals in einer Aktennotiz vom 27. Oktober 2011 betreffend ein Gespräch, das Herr Professor Dr. Huppertz, Frau Peter, Herr Dr. Selzer, Frau Thiele und Frau Benz miteinander führten, wie folgt Erwähnung:

> *„Alle Kinder aus dem hinteren Zimmer werden auf die Station 4027 verlegt. Im kleineren Zimmer bleiben 2 ESBL Kinder (Zwillinge).*
>
> *Das hintere Zimmer wird mit gesunden Neugeborenen belegt. Personal zwischen den einzelnen Behandlungszimmern ist strikt zu trennen.“*[817]

---

[816] Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 24.

[817] Aktennotiz, Donnerstag den 27. Oktober 2011, Band 23, S. 71.

Die entsprechende Maßnahme findet ferner als konkrete Anforderung zur Verbesserung der Hygiene Erwähnung im Begehungsprotokoll des Gesundheitsamtes vom 28. Oktober 2011.[818]

Als die Mitarbeiter des Robert Koch-Instituts am 2. November 2011 eintrafen, war die Kohortierung bereits umgesetzt. Das Robert Koch-Institut hatte eine weiter gehende Kohortierung empfohlen, die letztlich durchgeführt wurde.[819] Die Empfehlung sah vor, alle betroffenen Kinder in drei Gruppen aufzuteilen, und zwar

1. Patienten die einen positiven ESBL-Klebsiella-pneumoniae-Nachweis hatten,
2. Patienten, die zu einem Fall exponiert waren, aber bisher im Screening negativ waren, somit primäre Kontaktkinder und
3. Patienten, die nicht in einem Zimmer mit einem Fall lagen, sofern dies sicher dokumentiert und das Screening negativ war.

Die den ersten beiden Gruppen unterfallenden Kinder sind auf einer Isolierstation zusammengefasst und die der dritten Gruppe unterfallenden Kinder auf eine andere Station verlegt worden.[820]

Insgesamt ist festzustellen, dass die Kohortierung der Kinder zu spät durchgeführt wurde. Diese Maßnahme muss zur Unterbrechung der Übertragungswege am Anfang stehen. Dies belegen die Erkenntnisse aus dem Ausbruchsmanagement der Neonatologie an der Asklepios Klinik Barmbek. Dort wurde im August/September 2011 gleichfalls ein Ausbruch mit ESBL-bildenden Klebsiellen festgestellt. Der erste Keimnachweis erfolgte bei einem Zwillingskind nach einem Abstrich von einer Bindehautentzündung am Auge. Bereits dieser Erstnachweis führte dazu, dass das betroffene Kind in einem Einzelzimmer isoliert untergebracht wurde, obwohl dies mit einer Trennung vom Zwillingsgeschwisterkind einherging.[821] Als Ende August 2011 ein weiterer Befund aus der Operationswunde eines Frühchens hinzukam, wurde ein Screening aller Patienten der Neonatologie durchgeführt, das bei acht von zwölf Kindern eine Besiedelung ergab. Darauf wurden die betroffenen von den nicht

[818] Gehäuftes Auftreten von ESBL-Klebsiellen in der Neonatologie Station 4027/KBM, Protokoll vom 28. Oktober 2011, Band 8, S. 39.

[819] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2077.

[820] Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 26.

[821] Herr Dr. Laux, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 16/2183.

betroffenen Kindern getrennt.[822] Als sich in der Folgezeit herausstellte, dass auf der Intensiv- und der Überwachungsstation insgesamt zweiundzwanzig betroffene Kinder lagen, ist die Kohortierung noch weiter vorangetrieben worden. Es sind sodann auch die Kontaktkinder, also die Kinder, die potentiell im selben Zimmer gelegen haben wie ein Kind, das betroffen war, räumlich getrennt worden. Das Pflegepersonal, das betroffene Kinder gepflegt hatte, hat nicht mehr gleichzeitig die Kontaktkinder gepflegt. Ferner wurden die Kontaktkinder zwei Mal pro Woche mit Abstrichen kontrolliert. Es sind dann keine weiteren Erkrankungen mehr aufgetreten.[823] Der Leiter der Neonatologie an der Asklepios Klinik Barmbek zog daraus folgendes Fazit:

> *„Die Konsequenz ist, dass wir sagen können, es scheint so, dass man mit einem erhöhten Barriereverhalten tatsächlich die Weitergabe dieser Keime effektiv verhindern kann, wenn man es weiß. Die übliche und bis dahin empfohlene Hygienevorschrift der strengen Händehygiene, das muss man sagen, wird von diesen Keimen durchbrochen, sie reicht nicht aus.“*[824]

Diese Ausführungen belegen, den hohen Stellenwert der Kohortierung im Rahmen des Ausbruchsmanagements. Die Maßnahme ist so früh wie möglich zu ergreifen. Überdies ist sogleich durch Abstrichuntersuchungen zu klären, welche Patienten besiedelt sind, weil andernfalls eine Kohortierung aufgrund unzureichender Kenntnis vom Verbreitungsstand nicht durchführbar ist. Die Aufnahme der Kohortierung und des Screenings hätte folglich zum frühestmöglichen Zeitpunkt erfolgen müssen, mithin Ende Juni 2011. Dies scheiterte an der unzureichenden Dokumentation der Befunde und der Zuständigkeitsregelung betreffend der Bewertung von Keimbefunden, so dass seinerzeit keiner der Akteure den Gesamtüberblick hatte.[825] Spätestens in dem Zeitpunkt, als die Meldung erfolgte, also Anfang September 2011, hätte jedoch mit der Kohortierung begonnen werden müssen. Durch sofortige Screeninguntersuchungen bei allen Patienten der Station 4027 hätte festgestellt werden können, welche Frühchen besiedelt waren und welche nicht. Sodann hätte durch eine Isolierung der Gruppen voneinander und eine feste Personalzuordnung die Übertragungsmöglichkeit minimiert werden können. Die Bedeutung der Maßnahme wird durch das Beispiel des

---

[822] Herr Dr. Laux, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 16/2184.
[823] Herr Dr. Laux, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 16/2186.
[824] Herr Dr. Laux, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 16/2189.
[825] Siehe unter „8.3.1. Feststellen des Auslöseereignisses“.

Umgangs mit dem Keimausbruch an der Asklepios Klinik Barmbek vom August/September 2011 deutlich. Zwar ist es bezüglich des Ausbruchsgeschehens am Klinikum Bremen-Mitte möglich, dass trotz Kohortierung und Screeninguntersuchungen der Ausbruch nicht beendet worden wäre. Allerdings ändert dies nichts daran, dass diese Maßnahmen das Risiko einer Weiterverbreitung von Keimen deutlich vermindern können.

8.3.5.3. Aufnahmestopp

In der KRINKO-Empfehlung zum Ausbruchsmanagement findet sich in der Aufzählung bewährter Sofortmaßnahmen unter dem letzten Spiegelstrich die vorübergehende Schließung von Abteilungen oder Stationen nach vorheriger Abstimmung mit dem Gesundheitsamt.[826] Bereits der Standort in der Aufzählung zeigt, dass die Schließung die ultima-ratio-Lösung darstellt, wenn andere Maßnahmen nicht oder nicht mehr Erfolg versprechend sind. Dies ist dem Versorgungsauftrag geschuldet. Insbesondere bei Notfällen, die auch in der neonatologischen Intensivmedizin vorkommen, ist zumindest ein Versorgungszentrum für Bremen notwendig, um überhaupt die medizinische Behandlung zu gewährleisten. Deshalb waren die Risiken, die von einem Ausbruchsgeschehen ausgehen, mit den Notwendigkeiten, eine ausreichende medizinische Versorgung bereitzustellen, gerade bei der Schließung der neonatologischen Station abzuwägen.

Am 2. November 2011 erließ die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit gestützt auf § 28 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz in sachlicher Unzuständigkeit[827] unter Anordnung der sofortigen Vollziehbarkeit einen Aufnahmestopp für die Station 4027.[828] Herr Dr. Zastrow äußerte zwar Verständnis für die Entscheidung, hielt die Maßnahme jedoch für einen Ausdruck von „Nervosität“ und einer „gewissen Hilflosigkeit“. Da die Station irgendwann wieder geöffnet werden müsse, sei es zur Vermeidung eines erneuten Keimausbruchs wichtig, dass dann nicht die gleichen Fehler erneut gemacht würden. Dazu bedürfe es einer Analyse der Arbeitsabläufe, die im Fall einer Schließung nicht erfolgen könne.[829]

---

[826] Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (183).

[827] Siehe unter „9.2.3.2. Zuständigkeit für Schutzmaßnahmen und Bußgeldverfahren nach dem Infektionsschutzgesetz“.

[828] Bescheid der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit vom 2. November 2011, Band 26, S. 140 ff.

[829] Herr Dr. Zastrow, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/245 ff.[830] Herr Professor Dr. Herting, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 1/63.

Herr Professor Dr. Herting, der Leiter der Lübecker Universitätskinderklinik, teilte mit, dass Stationsschließungen immer wieder vorkämen. Im Jahr 2009 habe man auch an der Universitätskinderklinik in Lübeck zum Mittel der Schließung der Frühgeborenenstation greifen müssen. Es habe seinerzeit einen Ausbruch der Schweinegrippe H1N1 im Kreißsaal gegeben. Die Situation sei nicht einschätzbar gewesen, und daher sei es dann sicherer und einfacher gewesen, die Frühchenstation vorübergehend zu schließen.[830]

Vergleichbar äußerte sich Herr Dr. Laux, der Leiter der Neonatologie an der Asklepios Klinik Barmbek. Dort wurde ein Aufnahmestopp bereits angeordnet, als lediglich bei einem Kind eine Bindehautentzündung und bei einem anderen Kind ein Nachweis aus einem Wundabstrich als Infektionsanzeichen vorlagen und im Übrigen lediglich Besiedelungen bekannt waren. Zur Begründung führte Herr Dr. Laux aus:

> *„Wir haben schon am 7. September von uns aus einen Aufnahmestopp verhängt, weil wir gesehen haben, dass wir in dieser Situation nicht wissen, woher der Keim kommt, nicht wissen, wie er verbreitet wird und diese Situation schon als Outbreak, als Ausbruch, zu definieren ist, auch wenn eben die meisten Kinder kontaminiert, aber nicht erkrankt waren.“*[831]

Herr Professor Dr. Eikmann, der Direktor des Instituts für Hygiene und Umweltmedizin der Justus-Liebig-Universität Gießen, wurde im Hinblick auf das Ausbruchsgeschehen auf der Neonatologie des Klinikums Bremen-Mitte sogar noch konkreter. Er äußerte sich wie folgt:

> *„Aus krankenhaushygienischer Sicht hätte man aber sicherlich sehr viel schneller, sehr viel massiver reagieren und hier eingreifen müssen, bis hin zur Schließung der Station. Das wäre sicherlich sinnvoll und erforderlich gewesen.“*[832]

---

[830] Herr Professor Dr. Herting, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 1/63.
[831] Herr Dr. Laux, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 16/2185.
[832] Herr Professor Dr. Eikmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/100.

Bei zusammenfassender Würdigung der Angaben der Sachverständigen kommt der parlamentarische Untersuchungsausschuss zu dem Schluss, dass der Aufnahmestopp vom 2. November 2011 dringend geboten war. Bis dahin war es den Verantwortlichen im Klinikum Bremen-Mitte nicht gelungen, ein strukturiertes Ausbruchsmanagement einzuleiten. Zentrale Maßnahmen wurden erst kurz vor der Anordnung des Aufnahmestopps eingeleitet, insbesondere das flächendeckende Screening der Frühchen und die Kohortierung. Insbesondere die Kohortierung konnte erst effektiv umgesetzt werden, nachdem von allen Frühchen der Station Screeningergebnisse vorlagen. In dieser Situation hätte die Neuaufnahme von Frühchen die Behandlung in Einzelzimmern und durch Personal erfordert, das keine anderen möglicherweise unerkannt besiedelten oder infizierten Frühchen behandelt. Dies hätte weder räumlich noch personell gewährleistet werden können.

Ein Aufnahmestopp wäre aus den vorgenannten Gründen nach Auffassung des parlamentarischen Untersuchungsausschusses bereits am 17. Oktober 2011, dem Tag an dem die Typisierungsbefunde beim Klinikum Bremen-Mitte eintrafen, bis zur Umsetzung eines flächendeckenden Screenings und einer Kohortierung geboten gewesen. Nach der Meldung des gehäuften Keimauftretens durch das Klinikum Bremen-Mitte an das Gesundheitsamt gemäß § 6 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz am 7./8. September 2011 wurden zwar zunächst keine Neuinfektionen und -besiedelungen festgestellt. Dies kann auch darauf zurückzuführen sein, dass kein flächendeckendes Screening etabliert wurde, wodurch Neuinfektionen und -besiedelungen einfach unerkannt geblieben sind. Durch Abstriche vom 12., 13. und 15. Oktober wurden bei den Kindern Nr. 21, 22 und 23 neue Fälle der Infektion bzw. Besiedelung mit ESBL-bildenden Klebsiella pneumoniae bekannt. Am 16. Oktober starb das Kind Nr. 22 infolge eines septischen Schocks. Überdies lagen den Verantwortlichen seit dem 17. Oktober 2011 die Ergebnisse der an das Nationale Referenzzentrum für gramnegative Erreger in Bochum zur DNA-Typisierung übersandten Isolate der Proben vom 8. September 2011 vor, wonach nunmehr unzweifelhaft von einem epidemiologischen Zusammenhang der einzelnen Fälle auszugehen war.[833] In dieser Situation hätte bereits Anlass bestanden, keine weiteren Kinder dem Risiko des Kontaktes mit infizierten beziehungsweise besiedelten Kindern auszusetzen. Mindestens bis zur Umsetzung eines flächendeckenden Screenings und einer an den daraus resultierenden Ergebnissen orientierten Kohortierung wäre die Verhängung eines vorübergehenden Aufnahmestopps geboten gewesen.

---

[833] Siehe unter „3.3.5. ESBL-bildende Klebsiellen im Oktober 2011“.

8.3.6. Ermittlung der Infektionsquelle

Nach Festlegung der Sofortmaßnahmen formuliert die KRINKO-Empfehlung zum Ausbruchsmanagement als nächstes Ziel, so genau wie möglich die Ursachen der Infektion und die Infektionsquelle aufzudecken, um die bereits eingeleiteten Kontrollmaßnahmen zu fokussieren oder zu modifizieren. Diesem Ziel dienen

- sorgfältig geplante, ausführliche krankenhaushygienische Ortsbegehungen,
- eine detaillierte Überprüfung von Handlungsabläufen sowie
- hygienisch-mikrobiologische Untersuchungen,
- ggf. ergänzt durch eine systematische epidemiologische Analyse. In Abstimmung mit dem zuständigen Gesundheitsamt sind ggf. zusätzliche Experten einzubeziehen.[834]

Die Durchführung der vorgenannten Aufgaben weist die KRINKO-Empfehlung zum Ausbruchsmanagement dem Krankenhaushygieniker zu. Er soll in Ergänzung der ersten krankenhaushygienischen Ortsbegehung, die der Festlegung des akuten Handlungsbedarfs dient, bei einer erneuten Ortsbegehung ausführlich potenzielle Infektionsquellen, technische Systeme, baulich-funktionelle und betrieblich-organisatorische Gegebenheiten prüfen, in die krankenhaushygienische Analyse einbeziehen und die Ergebnisse dokumentieren.[835]

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss konnte nicht feststellen, dass der seinerzeit zuständige Krankenhaushygieniker, Herr Dr. Kappler, diese Aufgabe wahrgenommen hat. Der ersten Stationsbegehung durch die Hygienefachkraft Frau Mietzner vom 7. September 2011 schloss sich zeitnah keine weitere Begehung an. Die nächste Begehung fand erst statt, als im Oktober 2011 neue Infektionen und Besiedelungen bei Frühchen mit ESBL-Klebsiellen festgestellt wurden und aufgrund der Ergebnisse des Nationalen Referenzzentrums für gramnegative Erreger die Genidentität der Isolate feststand, die vor dem 8. September 2011 durch Abstriche gewonnen wurden. Es handelte sich um eine Begehung am 18. Oktober 2011 durch

---

[834] Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (183 f.).
[835] Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (184).

das Gesundheitsamt, an welcher der Krankenhaushygieniker nicht teilnahm.[836] Als danach noch deutlich mehr Besiedelungs- und Infektionsfälle festgestellt wurden und am 27. Oktober 2011 das seit Ende August infizierte Kind Nr. 18 starb, führte das Gesundheitsamt am 28. Oktober 2011 eine weitere Begehung durch. Auch an dieser nahm der Krankenhaushygieniker nicht teil.[837]

8.3.6.1. Tätigkeit des Robert Koch-Instituts

Ab dem 2. November 2011 ist die Aufklärungsarbeit im Krankenhaus maßgeblich durch das Robert Koch-Institut übernommen worden. Das Robert Koch-Institut wurde am 1. November 2011 durch die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit eingeschaltet und nahm am 2. November 2011 seine Tätigkeit auf,[838] zunächst durch eine Besichtigung der Station 4027 und eine Beobachtung der Arbeitsabläufe.[839] Die Einbindung des Robert Koch-Instituts bezog sich dabei nicht lediglich auf die Ursachenerforschung. Es ist vielmehr primär zu dem Zweck herangezogen worden, Maßnahmen zur Verhinderung der weiteren Keimausbreitung zu begleiten und zu initiieren. Im Ergebnisprotokoll des ersten Gesprächs mit den Experten des Robert Koch-Instituts vom 2. November 2011, das in der Zeit von 20:00 Uhr bis 20:30 Uhr im Klinikum Bremen-Mitte stattfand, wird insoweit ausgeführt:

> *„Im Vordergrund steht primär, die weitere Ausbreitung durch geeignete Maßnahmen zu stoppen. Unmittelbar in der Folge wird versucht, die Ursache zu ergründen.“*[840]

Die weiteren Gesprächsprotokolle belegen, dass das Robert Koch-Institut weit über die bloße Ursachenerforschung hinaus in das Krisenmanagement eingebunden war. Im Rahmen eines Fachgesprächs am 3. November 2011 ging es neben dem Personalscreening überwiegend um Fragen der praktischen Durchführung der Kohortierung der Frühchen, ferner um den Umgang mit Medizinprodukten und Desinfektionsmaßnahmen.[841] Am 4. und am 7. November 2011 sind erneut die

---

[836] Protokoll der Begehung am 18. Oktober 2011, Band 1, S. 101.
[837] Protokoll der Begehung am 28. Oktober 2011, Band 1, S. 107.
[838] Siehe unter „3.3.6. ESBL-bildende Klebsiellen im November 2011“.
[839] Ergebnisprotokoll Gespräch 2. November 2011, Band 2, S. 29.
[840] Ergebnisprotokoll Gespräch 2. November 2011, Band 2, S. 29.
[841] Ergebnisprotokoll Fachgespräch vom 3. November 2011, Band 3, S. 110 f.

Kohortierung und im Übrigen überwiegend das Personalscreening thematisiert worden.[842]

Das Robert Koch-Institut war folglich nicht ausschließlich mit der Ermittlung der Infektionsquelle befasst, sondern wurde auch mit Problemen des Ausbruchsmanagements konfrontiert. Gleichwohl wird im Zwischenbericht vom 29. November 2011 als Ziel der Untersuchung formuliert:

> *„Ziele der hier dargestellten Ausbruchsuntersuchung waren die epidemiologische Beschreibung des Ausbruchs und die Suche nach dem Ausbruchsvehikel beziehungsweise eine Darstellung möglicher Infektionsketten, um rasche Empfehlungen zur Eindämmung des Ausbruchs zu erstellen.*
>
> *Ein weiteres Ziel der Untersuchung war die Klärung, inwieweit eine analytische Studie zur Darstellung der Risikofaktoren für eine Besiedelung/Infektion mit ESBL-Klebsiella-pneumoniae mit Aussicht auf Erfolg durchführbar ist.“*[843]

Zu den Methoden führt das Robert Koch-Institut aus, dass die Hygienefachkräfte bei einer Umgebungsuntersuchung begleitet worden seien, Pflegebeobachtungen sowie Beobachtungen der Medikamentenzubereitung und in wechselnder Begleitung Stationsbegehungen durchgeführt worden seien. Ferner sei die Fallsuche intensiviert und eine deskriptive Auswertung und Darstellung der Falldaten vorgenommen worden.[844] Im Ergebnis konnten hinsichtlich der möglichen Übertragungswege lediglich Hypothesen gewonnen werden.[845] Weiter gehende Erkenntnisse hätten unter Umständen durch die Anwendung analytischer epidemiologischer Untersuchungsmethoden erzielt werden können. Hierzu hätte es jedoch einer besseren Datenbasis bedurft, insbesondere umfassenderer Screeninguntersuchungen, einer Pflegedokumentation, die die Zuordnung eines Patienten zu einem Bettenplatz und für

---

[842] Ergebnisprotokoll vom 4. November 2011, Band 3, S. 118 f.; Vermerk Umsetzungsrunde vom 7. November 2011, Band 3, S. 97 ff.

[843] Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 9.

[844] Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 9 ff.

[845] Siehe unter „4.4. Herkunft des Keims und Übertragungswege“.

die Station 4027 auch eine Zuordnung zu einem Zimmer beinhaltet, sowie uneingeschränkt lesbare Patientenakten.[846]

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass die Tätigkeit des Robert Koch-Instituts über den bloßen Versuch zur Ermittlung der Keimquelle hinausging. Aufgaben des Ausbruchsmanagements, die grundsätzlich deutlich früher wahrzunehmen und gegenüber der Ermittlung der Keimquelle vorrangig sind, insbesondere die Festlegung von Interventionsmaßnahmen zur Vermeidung einer Weiterverbreitung des Keimes, sind von den Mitarbeitern des Robert Koch-Instituts maßgeblich beeinflusst worden.

8.3.6.2. Tätigkeit des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene

Im Auftrag der Gesundheit Nord ist ferner das Deutsche Beratungszentrum für Hygiene beauftragt worden. Durch dessen Mitarbeiter wurde am 23. und 24. November 2011 eine Visitation der Neonatologie am Klinikum Bremen-Mitte durchgeführt. Das Ziel der Visitation wird im dazugehörigen Bericht wie folgt formuliert:

> *„Ziel der Visitation war die Analyse von Schwachstellen im Hygienemanagement der Einrichtung und die Erstellung eines Maßnahmenkataloges zur kontinuierlichen Verbesserung unter Berücksichtigung haus- bzw. GeNo-weiter Implikationen.“*[847]

Unabhängig von dieser eher mittel- bis langfristigen Zielsetzung standen die Begehungen zeitlich noch im Kontext des Ausbruchsgeschehens. Die äußerst detaillierte Konformitätsprüfung der Verhältnisse auf der neonatologischen Intensivstation und der Prozessabläufe mit der KRINKO-Empfehlung zur Prävention nosokomialer Infektionen bei neonatologischen Intensivpflegepatienten mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g[848] geht deutlich über grundsätzliche Verbesserungsvorschläge hinaus und benennt konkrete Defizite und Empfehlungen.[849] Konkrete Ursachen für den Keimausbruch, insbesondere eine Keimquelle, konnte das Deutsche Beratungszentrum für Hygiene nicht ermitteln. Entsprechend der Zielsetzung

---

[846] Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 24 f.
[847] Visitationsbericht des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene vom 8. Dezember 2011, Band 22, S. 2.
[848] Bundesgesundheitsblatt 2007, 1265.
[849] Visitationsbericht des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene vom 8. Dezember 2011, Band 22, S. 19 ff.

waren die Ergebnisse primär auf eine generelle Verbesserung des Hygieneverhaltens und -managements bezogen.

Nach Auffassung von Herrn Professor Dr. Popp war die Beauftragung des Deutschen Beratungsinstituts für Hygiene nicht ausreichend. Da in der Klinik selbst in der gegebenen Ausbruchssituation kein ausreichender Sachverstand vorhanden gewesen sei, hätte das Klinikum Bremen-Mitte über einen längeren Zeitraum eine erfahrene Expertin beziehungsweise einen erfahrenen Experten für Krankenhaushygiene beiziehen müssen, die oder der mehrmals wöchentlich ganztags vor Ort hätte arbeiten müssen.[850] Zur Beauftragung externer Sachverständiger äußerte sich Herr Professor Dr. Popp wie folgt:

> *„Also, mein Eindruck ist, dass man hier im Prinzip von der ganzen Situation komplett überrollt wurde, dass man überhaupt keine Ahnung hatte, wie man mit so einer Situation umgeht, und dann eben gehofft hat, jetzt holen wir uns einmal ein paar, und die werden uns da schon heraushelfen. Das ist ja nicht passiert.“*[851]

Demgegenüber bekundete Herr Dr. Eckmanns, der für das Robert Koch-Institut federführend den Ausbruch von ESBL-bildenden Klebsiellen in Bremen begleitet hat, auf die Frage, wie er die Tatsache beurteile, dass seitens des Klinikums Bremen-Mitte das Beratungszentrum für Hygiene (Freiburg) hinzugezogen wurde:

> *„Im Grunde fanden wir das sehr gut, weil wir dachten, dass dort eben durchaus noch zusätzlich Hygieneexpertise sinnvoll wäre.“*[852]

8.3.6.3. Personalscreening

Ein Personalscreening wurde in den KRINKO-Empfehlungen nicht ausdrücklich gefordert. In der im Januar 2012 veröffentlichten ergänzenden Empfehlung zur

---

[850] Herr Professor Dr. Popp, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 32/4741 f.
[851] Herr Professor Dr. Popp, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 32/4742.
[852] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2099.

„Prävention nosokomialer Infektionen bei neonatologischen Intensivpflegepatienten mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g“ heißt es dagegen nunmehr:

> *„Über ein Personalscreening ist situationsbezogen in Absprache mit dem Krankenhaushygieniker zu entscheiden.“* [853]

Bereits anlässlich der Begehung durch das Gesundheitsamt vom 28. Oktober 2011 ist im Protokoll unter den konkreten Anforderungen zur Verbesserung der Hygiene unter dem letzten Spiegelstrich festgehalten:

> *„Die Entscheidung, ob ein Personalscreening stattfinden soll, wird nach dem Vorliegen der Ergebnisse aus der DNA-Typisierung der Proben von den 3 letzten Fällen der ESBL-Häufung getroffen.“*[854]

Am 2. November 2011 erließ die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit gestützt auf § 28 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz mit der Anordnung des Aufnahmestopps für die Station 4027 zugleich die Anordnung eines Personalscreenings, wobei zunächst die Abgabe von Stuhlproben vorgesehen war.[855] Mit einem Änderungs- und Ergänzungsbescheid vom 7. November 2011 ist diese Anordnung modifiziert und fortan auch die Untersuchung mittels Analabstrichen zugelassen worden.[856] Hintergrund war, dass es keine standardisierten Vorgaben für die Durchführung eines Personalscreenings gibt und die Labormedizin in Person von Frau Professor Dr. Klouche und Herrn Dr. Wunderle vom Gesundheitsamt nach Rücksprache mit den Mitarbeitern des Robert Koch-Instituts Analabstriche für gleichermaßen aussagekräftig hielten.[857]

Die vom parlamentarischen Untersuchungsausschuss angehörten Sachverständigen haben die Durchführung des Personalscreenings grundsätzlich befürwortet. Der Mitarbeiter des Robert Koch-Instituts, Herr Dr. Eckmanns, hat mitgeteilt, dass er ein Personalscreening anfänglich nicht als vorrangig erachtet habe, weil es sich bei

---

[853] Epidemiologisches Bulletin Nr. 2, 16. Januar 2012, S. 14.

[854] Protokoll vom 28. Oktober 2011, Band 1, S. 108.

[855] Bescheid der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit vom 2. November 2011, Band 26, S. 140 ff.

[856] Bescheid der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit vom 7. November 2011, Band 26, S. 407 f.

[857] Ergebnisprotokoll Gespräch 2. November 2011, Band 2, S. 28; Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2065 ff.

Klebsiellen nicht um einen Haut-, sondern um einen Darmkeim handele. Deswegen sei es eigentlich sehr unwahrscheinlicht, dass der Ausbruch seine Ursache in der Besiedelung eines Mitarbeiters mit dem Keim habe. Gleichwohl sei die Maßnahme letztlich für sinnvoll erachtet und unterstützt worden.[858] Diese Einschätzung ist durch weitere Sachverständige bestätigt worden.[859]

Die Durchführung des Personalscreenings übernahm der betriebsärztliche Dienst des Klinikums Bremen-Mitte. Der leitende Betriebsarzt, Herr Dr. von Schwarzkopf, bezeichnete dies als ungewöhnliche Aufgabe für einen betriebsärztlichen Dienst. In großen Einrichtungen, etwa Universitätskliniken übernähmen die Hygieneabteilungen die Durchführung des Personalscreenings, weil diese Ärzte und Krankenschwestern hätten, die den medizinisch-pflegerischen Teil und den Datenschutzteil abdecken könnten. Das sei in bremischen Krankenhäusern wegen der fehlenden Hygieneärzte nicht der Fall. Deshalb habe man sich des betriebsärztlichen Dienstes als „Hilfsinstrument“ bedient.[860] Die Mitarbeiter hätten sich freiwillig beteiligt. Eine Verweigerungshaltung habe es bei niemandem gegeben.[861]

Zur Ermittlung der Infektionsquelle konnte das Personalscreening letztlich keinen wesentlichen Beitrag leisten. Bei keinem der Mitarbeiter, die dem Personalscreening unterlagen, konnten ESBL-bildende Klebsiella pneumoniae nachgewiesen werden.[862] Im Ergebnis kann daraus abgeleitet werden, dass mit großer Wahrscheinlichkeit unter den Mitarbeitern des Klinikums Bremen-Mitte kein Träger des Ausbruchskeims existiert.[863] Dennoch regt der parlamentarische Untersuchungsausschuss an, wissenschaftlich zu untersuchen, ob die in Bremen durchgeführten Untersuchungsmethoden hinreichend sensibel waren. Dies gilt unabhängig davon, dass sie zumindest gegenwärtig dem Stand der Wissenschaft entsprechen. So führte der Sachverständige Herr Professor Dr. Friedrich zu den in den Niederlanden bei Ausbrüchen von Klebsiellen angewandten Methoden aus, dass er bei einem Personalscreening auf jeden Fall Stuhluntersuchungen durchführen und die Stuhlprobe

---

[858] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2060.

[859] Herr Professor Dr. Eikmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/124 f.; Herr Dr. Zastrow, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/263 f.

[860] Herr Dr. von Schwarzkopf, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 13/1713 f.

[861] Herr Dr. von Schwarzkopf, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 13/1715.

[862] Befundergebnisse des Personalscreenings, Bände 117 - 120.

[863] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2069.

auch mittels einer Direct PCR mit einem hoch sensitiven Verfahren untersuchen würde.[864]

8.3.7. Bewertung der erhobenen Befunde und Festlegung gezielter Interventionsmaßnahmen nach den Ereignissen im Jahr 2011

Im weiteren Fortschreiten des Ausbruchsmanagements empfiehlt die KRINKO aus den gewonnenen Ergebnissen zu möglichen Infektionsquellen und Übertragungswegen der Infektionserreger die bereits eingeleiteten Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu überprüfen, gegebenenfalls zu modifizieren oder zu fokussieren.[865]

Entscheidend für die sachgerechte Bewertung der erhobenen Befunde ist deren Vollständigkeit. Die Datenlage im Klinikum Bremen-Mitte war aufgrund der Dokumentationsmängel nicht zufriedenstellend.[866] Hinzu kam, dass einige Informationen erst deutlich verspätet bekannt wurden. Erst Ende Februar 2012 wurde deutlich, dass der Ausbruchskeim bereits im Jahr 2009 auf der Station 4027 aufgetreten war. Herr Dr. Wunderle, der Leiter des Fachreferats Infektionsepidemiologie des Gesundheitsamtes Bremen, teilte hierzu der senatorischen Behörde für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit per E-Mail vom 27. Februar 2012 mit:

> *„Liebe KollegInnen,*
>
> *das Problem ist größer bzw. der Keim ist schon länger unterwegs als es uns bisher bekannt war. Dr. Kappler hat mich gerade angerufen und über folgendes informiert:*
>
> *a. (…).*
>
> *b. Dr. Kappler hatte in seinem Probenkühlschrank am letzten Donnerstag noch 3 weitere Klebsiellenproben „gefunden“. Diese wurden „eher durch Zufall“ bisher nicht entsorgt. Er hat diese 3 Altproben zusammen mit den aktuellen Proben nach Bochum geschickt.*

---

[864] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2977.
[865] Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (184).
[866] Siehe unter „8.3.1. Feststellen des Auslöseereignisses“.

> *In einer dieser Proben vom 20.01.2009 wurde bei einer Klebsiella pneumoniae ebenfalls das SHV-Gen 63 nachgewiesen. Dies bedeutet, dass der Ausbruchskeim zumindest im Januar 2009 schon auf der Station zirkulierte.“*[867]

Neben den bisher nicht geklärten Umständen zum „zufälligen“ Auffinden der Proben aus dem Jahre 2009 durch Herrn Dr. Kappler, stimmen auch die Herrn Dr. Wunderle durch Herrn Dr. Kappler mitgeteilten Daten nicht mit anderen Angaben überein. Herr Dr. Wunderle schreibt am Montag, 27. Februar 2012, davon, dass Herr Dr. Kappler „am letzten Donnerstag 3 weitere Klebsiellenproben ‘gefunden‘“ habe. Dies wäre demnach Donnerstag der 23. Februar 2012. Zum einen wäre der Zeitraum für die beim Nationalen Referenzzentrum für gramnegative Krankenhauserreger in Bochum vorgenommene Typisierung über das Wochenende extrem kurz, zum anderen ist das Ergebnis der Typisierung der drei Klebsiellenproben Herrn Dr. Kappler bereits mit Schreiben des Nationalen Referenzzentrums für gramnegative Krankenhauserreger vom 20. Februar 2012 zugegangen. Für die drei Proben ist in dem Schreiben ein Probeneingang vom 2. Februar 2012 notiert.[868] Demnach müssen diese Altproben schon viel früher durch Herrn Dr. Kappler „aufgefunden“ worden sein.

Unabhängig davon, ob aus diesem Befund für die Aufklärung des Ausbruchsgeschehens wesentliche Erkenntnisse resultieren, ist es nicht nachvollziehbar, weshalb erst mehr als fünf Monate nach der Meldung an das Gesundheitsamt von Anfang September 2011 im Institut für Krankenhaushygiene überprüft wird, ob noch Proben von früheren Untersuchungen existieren.

Mit dem Aufnahmestopp vom 2. November 2011 sind die Patienten von der Station 4027 verlegt und ist die Station umfassend umgebaut worden. Der Stationsumbau ist bis Ende Dezember vollzogen worden, die Kosten beliefen sich auf etwa 300.000,- €.[869]

Im Übrigen hat im Hinblick auf die Wiedereröffnung der Station 4027 eine Überarbeitung der zu treffenden Hygienemaßregeln im Wesentlichen nicht durch das

---

[867] E-Mail Herrn Dr. Wunderle vom 27. Februar 2012, Band 100, S. 319.

[868] Schreiben des Nationalen Referenzzentrums für gramnegative Krankenhauserreger vom 20. Februar 2012, Band 111, S. 116 ff.

[869] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1158.

Klinikum Bremen-Mitte selbst, sondern auf der Ebene der Gesundheit Nord stattgefunden. In Anlehnung an die Empfehlungen des Robert Koch-Instituts aus dessen Zwischenbericht vom 29. November 2011[870] und die Empfehlungen des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene aus dessen Visitationsbericht vom 8. Dezember 2011[871] wurde der sogenannten „10-Punkte-Maßnahmenplan“ entwickelt, der folgende Punkte umfasste:

> *„1. Etablierung eines EDV-gestützten Frühwarnsystems für Keimbefunde*
>
> *Kamen bislang die Keimbefunde aus dem Labor auf Papier ausgedruckt auf die Station, wird es künftig eine spezielle Software geben. Somit ist es nicht mehr nötig, die Befunde in einem speziellen Ordner auf der Station zu sammeln. Es gab damit zwar durchaus für die Stationen ein Frühwarnsystem für Keimbefunde, allerdings in Papierform. Es hat sich gezeigt, dass diese Art der Dokumentation nicht optimal und zu umständlich war. Die neue Software ist mittels einer Schnittstelle direkt mit dem Labor verbunden, so dass die Mitarbeiter auf der Station die Befunde tagesaktuell schnell und unkompliziert am Rechner einsehen können und automatisch bei auffälligen Befunden gewarnt werden.*
>
> *2. Bauliche Veränderungen auf der Station*
>
> *Derzeit finden auf der geschlossenen Station umfangreiche Bauarbeiten statt: Teppiche und andere Bodenbeläge wurden herausgerissen, Schränke ausgetauscht, sowie Waschbecken und Arbeitsinseln demontiert. Damit werden alle potentiellen Keimquellen entfernt. Künftig wird die Station ausschließlich durch die Schleuse zu betreten sein. Alle übrigen Zugänge werden verschlossen. Die Verbindungstüren zwischen den Zimmern werden ebenfalls verschlossen, damit die Zimmer nur noch vom Flur aus zugänglich sind. So ist sichergestellt, dass alle notwendigen Hygienemaßnahmen an der Zimmertür stattfinden – und die Gefahr sinkt, dass jemand schnell von einem Zimmer ins nächste wechselt, ohne alle Hygienevorschriften einzuhalten. Im Eingangsbereich*

---

[870] Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 26 ff.

[871] Visitationsbericht des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene vom 8. Dezember 2011, Band 22, S. 18 ff.

werden die Eltern künftig noch einmal deutlich auf die notwendigen Hygienemaßnahmen hingewiesen und haben die Möglichkeit, ihre Garderobe in Schließfächern und Schränken zu verstauen.

3. Reduzierung der Bettenzahl

Die Zahl der Betten auf der Station wird von derzeit 16 auf 14 reduziert. Damit garantieren wir einen größeren Abstand zwischen den einzelnen Inkubatoren und minimieren gleichzeitig die Gefahr einer Keimübertragung.

4. Direkte Zuordnung des medizinischen Materials zum jeweiligen Behandlungsplatz / Bett

Die Aufbewahrung des notwenigen medizinischen Materials auf der Station wurde überprüft. Künftig wird der Tagesbedarf an Material in einzelnen Pflegewagen direkt am Bett aufbewahrt, so dass es keinerlei Berührungspunkte zwischen den Patienten geben kann. Wenn ein Kind entlassen wird, wird alles übrig gebliebene Material entsorgt. Auch das sorgt dafür, dass es keinerlei Berührungspunkte zwischen Materialien und damit zwischen den Patienten gibt. In den Zimmern gibt es künftig keine Schränke mehr. Im Materialraum der Station sind offene Regale durch geschlossene Schränke ersetzt worden.

5. Erhöhung der Zahl der Hygienebeauftragten und -fachkräfte

Künftig wird jede Fachabteilung im Krankenhaus einen eigenen hygienebeauftragten Arzt und eine hygienebeauftragte Pflegekraft haben. Damit wird der Bereich, den die einzelnen Hygienebeauftragten betreuen müssen, deutlich kleiner. Zudem wird ein Facharzt für Hygiene eingestellt, der künftig die Aufgaben des Krankenhaushygienikers übernimmt. Die Zahl der Hygienefachkräfte wird zusätzlich aufgestockt.

6. Bessere Kontrolle dank Hygienevisiten

Ab sofort wird es wöchentliche Hygienevisiten auf den Stationen geben, an denen der hygienebeauftragte Arzt, die hygienebeauftragte Pflegekraft sowie die hauptamtlichen Hygienefachkräfte teilnehmen. Bei diesen Visiten wird das Verhalten des Personals sowie die Ausstattung der Zimmer kontrolliert: Wird das Material korrekt entsorgt? Gibt es auffällige Befunde? Mindestens einmal im Monat

werden die Ergebnisse dieser Hygienevisiten mit dem Krankenhaushygieniker besprochen. Damit werden die Kontrollen deutlich dichter als vorher.

7. Schulungen

Die Schulungen für das Stationspersonal, das Reinigungspersonal sowie die Eltern werden deutlich intensiviert. Zunächst wird das Freiburger Beratungszentrum unterstützen und Schulungen anbieten, langfristig wird das Klinikum diese Schulungen selbst übernehmen.

8. Patientenscreening

Auch die Kontrolle der Patienten wird intensiviert: Künftig wird es routinemäßig mindestens zweimal pro Woche ein Screening aller Patienten – also eine Untersuchung auf resistente Keime - geben. Schwangere werden grundsätzlich bei der Aufnahme gescreent.

9. Neue Leitungsstruktur in der Kinderklinik

Als weitere Konsequenz wird die Leitung der Kinderklinik neu strukturiert. Die Prof.-Hess-Kinderklinik und die Klinik für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin werden jeweils wieder einen eigenen Chefarzt bekommen. Damit ist der Bereich, den die Chefärzte verantworten müssen, deutlich kleiner als vorher. Sie können präsenter sein und ihre Führungsverantwortung besser wahrnehmen. Die Leitung der Prof.-Hess-Kinderklinik übernimmt kommissarisch der leitende Oberarzt Dr. Wolfgang Marg, die Klinik für Neonatologie leitet zunächst Dr. Thorsten Körner, der vom LDW nach Bremen-Mitte wechselt. Wir freuen uns sehr, dass wir zwei erfahrene und anerkannte Ärzte dafür gewinnen konnten, die Kliniken in dieser schwierigen Zeit zu leiten.

10. Qualitätssicherung wird zur Chefsache

Die Diskussion der BQS-Daten ist künftig Angelegenheit der Geschäftsführung. Bisher lag es in der Verantwortung der Chefärzte, diese Daten zu sichten, zu diskutieren und daraus Konsequenzen zu ziehen. Diese Verantwortung bleibt – aber die Diskussionen werden künftig unter Federführung und Kontrolle der Geschäftsführung stattfinden. Damit ist gewährleistet, dass schlechte Ergebnisse sofort auffallen und viel schneller als bisher geprüft werden kann, was

> *anders gemacht werden muss. Kurz gesagt: Das Thema Qualitätssicherung wird in der Gesundheit Nord zur Chefsache.“*[872]

Die Maßnahmen sind von den Sachverständigen als überwiegend zweckmäßig und zielführend beurteilt worden. Kritik wurde lediglich an dem die Dokumentation von Keimbefunden betreffenden Punkt 1. Hinsicht geäußert. Soweit von einem „Frühwarnsystem für Keimbefunde“ gesprochen werde, hat der Sachverständige Herr Dr. Zastrow darauf hingewiesen, dass es ein solches im eigentlichen Sinn des Wortes nicht gebe. Ein elektronisches System könne dies nicht leisten. Hierzu bedürfe es vielmehr der Bewertung durch das Hygienefachpersonal.[873]

Es ist festzustellen, dass der 10-Punkte-Maßnahmenplan nicht durch das konkret betroffene Klinikum Bremen-Mitte initiiert worden ist, sondern durch die Holding-Gesellschaft, die Gesundheit Nord. Die Gesundheit Nord trifft aufgrund der gesellschaftsrechtlichen Selbständigkeit der Krankenhäuser des Klinikverbundes, deren Alleingesellschafterin sie ist, grundsätzlich keine unmittelbare Verantwortung im Rahmen des Hygiene- und Ausbruchsmanagements. Gleichwohl war im Rahmen des 10-Punkte-Programms das Eingreifen der Holding-Gesellschaft richtig. Die wirtschaftlichen Folgen eines Keimausbruchs betreffen nicht allein das jeweilige Krankenhaus, sondern den Klinikverbund insgesamt. Obwohl der 10-Punkte-Maßnahmenplan zumindest in Teilen sehr speziell die Neonatologie am Klinikum Bremen-Mitte betrifft, ist eine Hebung und eine Vereinheitlichung der Hygienestandards innerhalb aller Krankenhäuser der Gesundheit Nord zur Vermeidung erneuter Keimausbrüche und Minimierung der Risiken für die Patienten und wirtschaftlichen Gefahren für den gesamten Klinikverbund anzustreben.

Mittlerweile ist der 10-Punkte-Maßnahmenplan in wesentlichen Bereichen umgesetzt worden. Das hat die weitere Befragung von Frau Senatorin Jürgens-Pieper ergeben.[874] Sie hat ausgeführt, die hygienebeauftragten Ärzte seien reguläre Mitglieder der Hygienekommission.[875] Die Anzahl der Hygienefachkräfte werde überprüft und durch die Geschäftsführung bestätigt.[876] Der Krankenhaushygieniker sei etabliert, eine

---

[872] Am 3. September 2012 abgerufen unter: http://www.gesudheitnord.de/1366.html.
[873] Herr Dr. Zastrow, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/197 ff.
[874] Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 34/4950 ff.
[875] Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 34/4950.
[876] Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 34/4950.

weitere Facharztstelle werde zurzeit ausgeschrieben.[877] Hygienebeauftragte Pflegekräfte pro Station seien benannt und der Funktionsbereich und die Aufgabenverteilung zwischen hygienebeauftragten Ärzten und Pflegekräften geregelt.[878] Fortbildungen und Schulungen seien initiiert und würden etabliert.[879] Für das EDV-gestützte Frühwarnsystem für Keimbefunde sei bereits ein Pilotprojekt durchgeführt worden. Im Oktober 2012 solle die Softwareinstallation und die Schulung der Ärzte erfolgen.[880] Es gebe einen Qualitätszirkel Reinigung, in dem die Probleme im Reinigungsbereich angegangen werden.[881] Es gebe eine Zentralsterilisation in der Kinderklinik.[882] Darüber hinaus seien seit Juni 2012 noch Teilprojekte in Arbeit, das Desinfektionsmanagement, die Hygienequalitätskriterien für externe Dienstleister, die Hygiene in Beschaffung und Logistik und die Überprüfung und das Berichtswesen der gesamten Hygiene.[883] Das Hygienemanagement werde als dauerhafter Tagesordnungspunkt in den Sitzungen des Aufsichtsrats der Gesundheit Nord behandelt, damit der Aufsichtsrat dies auch neben der Geschäftsführung mit im Auge behalte.[884]

8.3.8. Information der Öffentlichkeit

Am 2. November 2011 wurde die Öffentlichkeit durch eine Pressekonferenz über den Keimausbruch informiert. Daran nahmen für die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit deren Staatsrat, Herr Dr. Schuster, und der Leiter des Referats für Pflege, Ärztliche Angelegenheiten, Infektionsschutz, Gesundheitsfachberufe, Herr Dr. Götz, sowie für das Gesundheitsamt Bremen der für den Bereich der Infektionsepidemiologie zuständige Herr Dr. Wunderle teil. Für die Gesundheit Nord waren deren Geschäftsführer, Herr Dr. Hansen, sowie die Leiterin der Unternehmenskommunikation, Frau Matiszick, vertreten. Das Klinikum Bremen-Mitte war durch die Ärztliche Geschäftsführerin, Frau Dr. Kuss, und die Pflegerische Geschäftsführerin, Frau Wendorff, vertreten.[885] Die Pressekonferenz wurde in Abstimmung mit der senatorischen Behörde durch die Gesundheit Nord organisiert.[886]

---

[877] Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 34/4950 f.
[878] Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 34/4951.
[879] Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 34/4951.
[880] Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 34/4951 f.
[881] Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 34/4950.
[882] Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 34/4951.
[883] Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 34/4951.
[884] Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 34/4952.
[885] Ablauf Pressekonferenz ESBL-Keimausbruch Neonatologie, Band 2, S. 1.
[886] Frau Götz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 11/1191.

Als wesentlich wird nach der KRINKO-Empfehlung zum Ausbruchsmanagement erachtet, dass „mit einer Stimme gesprochen“ werden muss, um fehlerhafte oder sich widersprechende Informationen zu vermeiden. Es soll daher vorab eine Person des Ausbruchsmanagementteams für die Kommunikation mit den Medien bestimmt werden.[887] Dies bedingt eine frühzeitige Einbindung derjenigen, welche die Außendarstellung bewältigen sollen. Die Unternehmenskommunikation ist auf der Ebene der Alleingesellschafterin, der Gesundheit Nord, angesiedelt.[888] So soll ein einheitliches Auftreten der Gesundheit Nord und ihrer Krankenhäuser gewährleistet werden.

Eine Wahrnehmung der Öffentlichkeitsarbeit durch die Gesundheit Nord erfordert, dass die Weitergabe von Informationen rechtzeitig und umfassend erfolgt. Dies war nicht der Fall. Als frühester Zeitpunkt einer Benachrichtigung der Unternehmenskommunikation der Gesundheit Nord konnte der 19. Oktober 2011 festgestellt werden. In einer E-Mail der Ärztlichen Geschäftsführerin des Klinikums Bremen-Mitte vom 19. Oktober 2011 an Herrn Professor Dr. Huppertz heißt es insoweit:

> *„Sehr geehrter Herr Prof. Huppertz,*
>
> *als Ergänzung unseres Gesprächs gerade eben (…):*
>
> *lassen Sie mir bitte Namen und Geburts- und Todestag der verstorbenen Säuglinge zukommen? (…)*
>
> *wieviele Säuglinge haben Sie jetzt noch kohortenisoliert?*
>
> *sind davon noch welche vital gefährdet?*
>
> *Frau Matiszik ist soweit erst einmal informiert. (…).*
>
> *Mit freundlichen Grüßen*
>
> *Dr. Brigitte Kuss“*[889]

Die Leiterin der Unternehmenskommunikation der Gesundheit Nord, Frau Matiszick, teilte mit, dass sie zwar fernmündlich über Probleme auf der Neonatologie im Zusammenhang mit Keimen informiert worden sei, auch darüber, dass zwei Kinder gestorben seien. Sie habe aber keine Detailkenntnis gehabt. Sie führt hierzu aus:

---

[887] Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (182).

[888] Am 3. September 2012 abgerufen unter: http://www.gesudheitnord.de/60.html.[889] E-Mail von Frau Dr. Kuss an Herrn Proffessor Dr. Huppertz betreffend ESBL, Wichtigkeit: Hoch, vom 19. Oktober 2011, Band 205, S. 27.

[889] E-Mail von Frau Dr. Kuss an Herrn Proffessor Dr. Huppertz betreffend ESBL, Wichtigkeit: Hoch, vom 19. Oktober 2011, Band 205, S. 27.

> *„Ich kann mich nicht erinnern, dass ich damals über Detailfragen informiert wurde, wie sie aus der Mail an Prof. Huppertz hervorgehen (beispielsweise die Frage, wie viele Kinder von der Infektionswelle betroffen waren, wie viele isoliert bzw. kohortiert wurden etc.). Die genannte E-Mail war mir nicht bekannt. Mir war ebenfalls nicht bekannt, um welche Art von Keimen es sich handelte. Ich kann aber nicht mehr sagen, ob mir das tatsächlich nicht mitgeteilt wurde oder ob ich diese Information nur aus mangelndem medizinischen Fachwissen nicht einordnen konnte und sie mir deshalb zunächst nicht gemerkt habe. Über das tatsächliche Ausmaß des Keimausbruchs und die inzwischen bekannten Details war ich erst ab der kurzfristig einberufenen Krisensitzung kurz vor der Pressekonferenz, also am 1. November, im Bilde.“*[890]

Die vorstehenden Ausführungen verdeutlichen, weshalb die KRINKO-Empfehlung vorsieht, die Kommunikation mit der Medienöffentlichkeit einer Person zu übertragen, die im Ausbruchsmanagementteam mitarbeitet. Die Struktur der Unternehmenskommunikation wird insoweit anzupassen sein. Die Abteilung Unternehmenskommunikation muss frühzeitig in das Ausbruchsmanagement eingebunden werden und stets vollständig informiert sein, um eine umfassende und transparente Öffentlichkeitsarbeit gewährleisten zu können.

8.3.9. Entlassung von Herrn Professor Dr. Huppertz

Arbeitsrechtliche Maßnahmen gegen handelnde Akteure im Zusammenhang mit einem Keimausbruch sind keine typische Maßnahme des Ausbruchsmanagements. Sie können gleichwohl geboten sein, wenn sich ein schuldhaftes Fehlverhalten verantwortlich Handelnder feststellen lässt. Am 15. November 2011 ist gegen Herrn Professor Dr. Huppertz die fristlose und hilfsweise die ordentliche Kündigung des Arbeitsverhältnisses ausgesprochen worden. Die Kündigung enthielt keine Begründung und war unterzeichnet durch die Pflegerische Geschäftsführerin und den Kaufmännischen Geschäftsführer des Klinikums Bremen-Mitte, Frau Wendorff und

---

[890] Stellungnahme von Frau Matiszick zur Information über den ESBL-Keimausbruch am Klinikum Bremen-Mitte vom 23. Juli 2012.

Herrn Dr. Pfeiffer, sowie den Geschäftsführer der Gesundheit Nord, Herrn Dr. Hansen.[891] Die Kündigung sei erfolgt, weil seinerzeit die Erkenntnisse eindeutig gewesen seien, dass eine Information des Gesundheitsamts deutlich früher hätte erfolgen müssen, als es tatsächlich der Fall gewesen sei.[892] Die Kündigung erfolgte durch das Klinikum Bremen-Mitte auf Anweisung des Gesellschafters der Klinik, der Gesundheit Nord. Herr Dr. Hansen hatte vor Erteilung der Anweisung an das Klinikum Bremen-Mitte keine Rücksprache mit der Vorsitzenden des Aufsichtsrats, der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit, Frau Senatorin Jürgens-Pieper, gehalten.[893]

Herr Professor Dr. Huppertz hat gegen die Kündigung des Arbeitsverhältnisses mit Erfolg Kündigungsschutzklage erhoben. Das Arbeitsgericht Bremen-Bremerhaven führt insoweit im Urteil vom 23. Mai 2012 (Aktenzeichen: 2 Ca 2565/11) aus, dass die Kündigung unverhältnismäßig sei und lässt hierbei ausdrücklich offen, ob bei korrekter fachlicher Einschätzung das Gesundheitsamt früher hätte informiert werden müssen.[894]

Unabhängig von der juristischen Beurteilung der fristlosen Kündigung wäre eine Einbindung der Alleingesellschafterin der Gesundheit Nord angesichts der politischen Relevanz der Vorgänge zumindest zu erwarten gewesen. Im Zeitpunkt der Kündigung am 15. November 2011 hatte der Keimausbruch durch das mediale Interesse und die absehbaren wirtschaftlichen Folgen eine Bedeutung und Dynamik erlangt, dass die Entlassung des unter anderem auch für die Neonatologie am Klinikum Bremen-Mitte zuständigen Chefarztes politische Relevanz hatte, mithin die Belange der Alleingesellschafterin unmittelbar berührt waren. Frau Senatorin Jürgens-Pieper hat ausgeführt, dass sie die Entlassung von Herrn Professor Dr. Huppertz als „Kardinalfehler im Krisenmanagement“ erachte.[895] Eine solche Diskrepanz in der Einschätzung inhaltlicher Fragen zwischen Geschäftsführung und Aufsichtsrat bedarf der Klärung. Angesichts der weit reichenden Bedeutung der Entscheidung wäre diese herbeizuführen gewesen, bevor die Maßnahme ergriffen wurde.

---

[891] Außerordentliche Kündigung vom 15. November 2011, Band 65, S. 31.
[892] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1106.
[893] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1162 f.
[894] Urteil des Arbeitsgerichts Bremen-Bremerhaven vom 23. Mai 2011, Aktenzeichen 2 Ca 2565/11, S. 12 ff.
[895] Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4507.

8.3.10. Wiedereröffung der Station

Nachdem die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit am 2. November 2011 einen Aufnahmestopp für die Station 4027 verhängt hatte,[896] wurde die Station grundlegend renoviert. Zunächst war eine Wiedereröffnung noch im Jahr 2011 geplant. Auf der Sitzung der sogenannten „Umsetzungsrunde“ vom 6. Dezember 2011 wurde ein Zeitplan vorgestellt, nach dem eine Wiedereröffnung der Station für den 23. Dezember 2011 vorgesehen war.[897] Bereits auf der Sitzung am 9. Dezember 2011 wurde der Termin für die Wiedereröffnung jedoch auf den Beginn des Jahres 2012 verlegt.[898]

Im Zwischenbericht des Robert Koch-Institutes wurde als bauliche Maßnahme empfohlen, darauf zu achten, dass einzelne Stationszimmer jeweils nur vom Flur aus begehbar sind.[899] Im Visitationsbericht des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene Freiburg wird zu wünschenswerten baulichen Veränderungen der Station 4027 ausgeführt: Der Abstand zwischen Inkubatoren/Betten sollte mindestens zwei Meter betragen,[900] die Schließfächer für die Eltern sollten in einem gut zu überwachenden Bereich untergebracht werden,[901] in einem Patientenzimmer sollte ein Deckenschrank mit einer Telefon- und Sprechanlage demontiert werden,[902] der Rückbau einer Dusche im Eltern-WC wird empfohlen,[903] im vorgesehenen Raum für die Aufbewahrung von Milchnahrung und Muttermilch sollte darauf geachtet werden, eine funktionelle Trennung in Rein und Unrein vorzunehmen, im Lager für medizinische Gase sollte eine Holzverkleidung durch eine wischdesinfizierbare Oberfläche ersetzt werden, im unreinen Arbeitsraum sollte eine nicht genutzte Desinfektionsmittelleitung zurückgebaut werden.[904] Schließlich wurde vorgeschlagen, eine räumliche Trennung zwischen der geburtshilflichen Station und der Station 4027 zu schaffen.[905]

Nach einer Aufstellung des Klinikums Bremen-Mitte wurden folgende Maßnahmen durchgeführt: Abbau der Deckenampeln und Verlegung der Kommunikationselemente,

---

[896] Bescheid der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit vom 2. November 2011, Band 21, S. 117.
[897] Protokoll der „Umsetzungsrunde“ vom 6. Dezember 2011, Band 100, S. 33.
[898] Protokoll der „Umsetzungsrunde“ vom 9. Dezember 2011, Band 100, S. 35.
[899] Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 28.
[900] Visitationsbericht des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene vom 8. Dezember 2011, Band 22, S. 20.
[901] Visitationsbericht des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene vom 8. Dezember 2011, Band 22, S. 22.
[902] Visitationsbericht des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene vom 8. Dezember 2011, Band 22, S. 57.
[903] Visitationsbericht des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene vom 8. Dezember 2011, Band 22, S. 57.
[904] Visitationsbericht des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene vom 8. Dezember 2011, Band 22, S. 58.
[905] Visitationsbericht des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene vom 8. Dezember 2011, Band 22, S. 59.

Schaffung von größerem Abstand zwischen den Inkubatoren, Verlegung der Besucherschließfächer in den Eingangsbereich und dadurch Bereinigung des Funktionsraumes „Nahrungsmittellager“, Einziehen einer Trennwand zur Wöchnerinnenstation, Einbau eines Schrankes und einer Arbeitsfläche in den Arbeitsraum Milchlager, Blutgasanalyse (BGA) Labor: Wandöffnung verschließen und Holzregal demontieren, Montage von abschließbaren Fenstergriffen in den Patientenzimmern, Montage von Fliegengittern vor den Fenstern. Im Raum Küche/Aufenthaltsraum wurden Malerarbeiten durchgeführt. Teppichböden wurden ausgetauscht; gut zu reinigender und zu desinfizierender Bodenbelag wurde nicht erneuert.[906]

Herr Professor Dr. Popp vom Universitätsklinikum Essen führte am 2. März 2012 eine Begehung der Station 4027 durch. In seinem Bericht führte er zu der durchgeführten Renovierung aus:

> *„Die Renovierung wurde durchgeführt entsprechend den Empfehlungen von BZH und RKI. Sie hat insgesamt 250.000,- Euro gekostet. Die Böden wurden entfernt (in den Arztzimmern gab es wohl noch Teppichböden) und neu gemacht. Es wurden neue Schränke angeschafft und neu gestrichen. Es wurden aber z. B. in den Personaltoiletten die Duschen nicht entfernt.“*[907]

Im Verlaufe der Umbaumaßnahmen führte das Gesundheitsamt am 16. Dezember 2011 eine Begehung durch.[908] In dem Protokoll der Begehung wurden die umgesetzten Maßnahmen dokumentiert, es gab nur wenige Beanstandungen. Intern wurde die Situation auf der umgebauten Station im Verlauf des Dezember 2011 jedoch kritisch bewertet. In einem Schreiben vom 27. Dezember 2011 beschwerte sich die damalige Ärztliche Geschäftsführerin des Klinikums Bremen-Mitte, Frau Dr. Kuss, über eine „völlig ungenügende Reinigungssituation auf der Station 4027 nach stattgehabter Reinigung und Desinfektion in den vergangenen Tagen“.[909] Am gleichen Tage schrieb der damalige Krankenhaushygieniker, Herr Dr. Kappler, in einer E-Mail an Mitarbeiter des Klinikums Bremen-Mitte:

---

[906] Erster Zwischenbericht, Antworten zum Fragenkatalog zu Maßnahmen des KBM und der GeNo, Band 197, S. 7 f.
[907] Bericht Begehung Neonatologie/pädiatrische Intensivstation Bremen am 2. März 2012, Band 186, S. 25.
[908] Protokoll der Begehung am 16. Dezember 2011, Band 99, S. 75 ff.
[909] Schreiben von Frau Dr. Kuss vom 27. Dezember 2011, Band 116, S. 10 der 4. Paginierung.

> *„Die Ergebnisse der mikrobiologischen Umgebungsuntersuchungen bestätigen z. T. den schlechten optischen Eindruck, den wir heute von der Station 4027 gewonnen haben. Die heute angesetzte Grundreinigung der 4027 wird noch bis 14:00 Uhr am 28.12.2011 dauern (….) In Anbetracht des engen Terminplans halte ich ein Einräumen der Station nach der Grundreinigung für vertretbar. Die Station wäre bis zum 30.12. einzuräumen, am 02.01. erfolgt die Abschlussdesinfektion und am 03.01.2012 die hygienischen Umgebungsuntersuchungen. Ich möchte aber, dass ein Abweichen von der ansonsten nach Baumaßnahmen üblichen Verfahrensweise [Abschluss Umbau -1. Grundreinigung – 2. Routinemäßige Desinfektion (=desinfizierende Reinigung) – 3. Hygienische Abnahme – 4. Einräumen – 5. Abschlussdesinfektion (= Feindesinfektion)] offiziell beschlossen wird.“*[910]

Es konnte vom parlamentarischen Untersuchungsausschuss nicht geklärt werden, ob tatsächlich ein solcher Beschluss über ein Abweichen von der sonst nach Baumaßnahmen üblichen Verfahrensweise gefasst wurde. Der Staatsrat für Gesundheit, Herr Staatsrat Dr. Schuster, erklärte auf Befragen hierzu, diese E-Mail oder ein entsprechender Sachverhalt sei ihm nicht bekannt. Entscheidend für die senatorische Behörde sei gewesen, dass das Gesundheitsamt keine Bedenken gegen die Wiedereröffnung vorgebracht habe.[911] Zum gleichen Thema führte Herr Dr. Götz, Referatsleiter bei der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit, aus:

> *„Sie meinen ein Abweichen von - -? Ich kenne diese E-Mail nicht. Ich weiß, dass es dort einzelne Nachfragen gab. Wir haben in fast wöchentlichem Abstand zu dieser Zeit eine Umsetzungsrunde gehabt, wo auch die Wiedereröffnung Thema war. Ich weiß nur, dass wir ein bisschen bei der zu eiligen Wiedereröffnung gebremst haben, dass es Auflagen des Gesundheitsamts gab, auch im Detail, und dass wir als Behörde gesagt haben, erst wenn das Gesundheitsamt grünes Licht zur Wiedereröffnung gibt, inklusive dieser Maßnahmen -*

---

[910] E-Mail von Herrn Dr. Kappler vom 27. Dezember 2012, Band 116, S. 1 der 3. Paginierung.

[911] Herr Staatsrat Dr. Schuster, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 22/3057.

> *dieses Detail kenne ich jetzt nicht, das Sie zitiert haben -, erst dann empfehlen wir unserer Senatorin, diese Station wieder zu eröffnen. So haben wir verfahren, bis irgendwann das grüne Licht kam. Von irgendwelchen Abweichungen, die Herr Dr. Kappler vorgeschlagen hat, ist mir nichts bekannt.“*[912]

Am 4. Januar 2012 erfolgte eine erneute Begehung durch das Gesundheitsamt. Von den Mitarbeitern des Gesundheitsamtes wurden noch einige Maßnahmen nachgefordert; es handelte sich vornehmlich um die Anbringung von Händedesinfektionsmittel-Spendern und Fliegengittern. Zusammenfassend wurde festgestellt, dass nach Behebung der festgestellten Mängel baulich-hygienisch keine weiteren Maßnahmen nötig seien und die Station wieder eröffnet werden könne.[913]

Auch Herr Dr. Kappler äußerte zu diesem Zeitpunkt keine Bedenken mehr. In einer E-Mail vom 5. Januar 2012 an Herrn Dr. Wunderle, den Referenten für Infektionsepidemiologie beim Gesundheitsamt Bremen, teilte er mit, das Ergebnis der hygienisch-bakteriologischen Untersuchung nach Abschlussdesinfektion auf der Station 4027 zeige eine einwandfreie Desinfektion der untersuchten Flächen und weise einen guten Hygienestatus aus. In einem Desco-Wipes-Eimer im Flur sei auf einem Tuch eine Kontamination mit Pseudomonaden nachgewiesen worden. Sämtliche Desco-Wipes-Eimer auf der Station seien am 5. Januar 2012 verworfen worden. In einem Raum seien in einem Siphon massenhaft Bacillus spp. und noch nicht abschließend differenzierte gramnegative Erreger festgestellt worden. Der Siphon sei mittels Dismozon pur desinfiziert worden. Herr Dr. Kappler stellte fest, die Station 4027 könne aus hygienischer Sicht wieder in Betrieb genommen werden.[914] Mit einer E-Mail vom gleichen Tage teilte Herr Dr. Wunderle dem Referenten für Infektionsschutz bei der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit, Herrn Christelsohn, mit, aus der Sicht des Gesundheitsamtes könne die Station 4027 wieder eröffnet werden.[915] Daraufhin hob die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit die Anordnung der Schließung der Station 4027 - abermals in Unzuständigkeit - wieder auf.[916]

---

[912] Herr Dr. Götz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2899.
[913] Protokoll der Begehung am 4. Januar 2012 nach Umbaumaßnahmen, Band 99, S. 82.
[914] E-Mail von Herrn Dr. Kappler vom 5. Januar 2012, Band 99, S. 85.
[915] E-Mail von Herrn Dr. Wunderle vom 5. Januar, Band 99, S. 87.
[916].Bescheid der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit vom 5. Januar 2012, Band 100, S. 270 f.

Der Termin für die Wiedereröffnung wurde nach Angaben von Herrn Dr. Götz von der senatorischen Behörde gemeinsam mit dem Klinikum Bremen-Mitte, der Gesundheit Nord und dem Gesundheitsamt festgelegt.[917] Vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss betonten der zu diesem Zeitpunkt noch kommissarische Leiter des Gesundheitsamtes, Herr Zimmermann, und der zuständige Abteilungsleiter des Gesundheitsamtes, Herr Dr. Dullin, es habe keine Bedenken gegen die Wiedereröffnung der Station 4027 im Januar 2012 gegeben.[918] Herr Dr. Wunderle, der Leiter des Referats Infektionsepidemiologie beim Gesundheitsamt Bremen, äußerte sich etwas verhaltener:

> *„Solange nicht klar ist, was die Ursache ist, habe ich Bedenken, unabhängig davon, wo sie aufgemacht wird. Also auch dieser Umbau - -. Man muss ja sagen, diese Station hat vorher 25 Jahre lang gearbeitet, und sie haben ja nicht schlecht gearbeitet, da sind viele Kinder zur Welt gekommen. Dann hatten wir das MRSA-Problem, was aber mittlerweile auch bis heute gesehen - die letzten Fälle waren im Juni - im Griff ist, das MRSA-Problem haben sie im Griff. Was sie nicht im Griff haben, ist ESBL, und einfach, wenn nicht klar ist, wie es zu diesen Fällen kommt, wenn man nicht weiß, wie sich dieser Erreger auf die Kinder überträgt, dann kann man kein gutes Gefühl haben. Es war eine Hoffnung, dass das jetzt mit dem Umbau klappt, und wir waren alle erschrocken, dass das jetzt wieder neu läuft….Wir hatten gehofft, dass es - -. … Nein, jetzt niemandem gegenüber, dass ich jetzt der senatorischen Behörde gesagt hätte, hoffentlich geht das gut oder so; das nicht, sondern wir waren einfach alle der Meinung, es muss, weil im Personalscreening nichts herausgekommen ist - -. Wenn man dann davon ausgeht, es gibt eine Punktquelle, irgendwie einen Gegenstand oder irgendetwas auf dieser Station, und dann kann man sagen, man hat das Personal untersucht. Auf der anderen Seite hat man jetzt auf der Station alles umgekrempelt, sie haben ein neues Sonografiegerät bekommen, sie haben alle Infusionslösungen, alle Handschuhe, alles, was sie da hatten, ausgewechselt. Es ist quasi so ein Reset gewesen, ein*

---

[917] Herr Dr. Götz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2844.

[918] Herr Zimmermann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 12/1379; Herr Dr. Dullin, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 12/1453.

richtiger Neustart, und wir sind alle davon ausgegangen, wir wissen zwar nicht, was es war, aber wir hoffen, dass der Spuk vorbei ist.“[919]

8.4. Reaktive Phase Februar 2012

Nach dem Umbau ist die Station 4027 am 9. Januar 2012 wieder eröffnet worden. Im Februar kam es zu erneuten Keimbefunden. Bei Abstrichen vom 21. und 22. Februar 2012 wurde der Keim bei den Kindern Nr. 42, 43 und 44 festgestellt Die drei Kinder waren im Februar 2012 geboren und lagen in zwei unterschiedlichen Zimmern.[920] Am 28. Februar 2012 verstarben zwei Frühchen und zwar Kind Nr. 45 und Kind Nr. 46.[921] Bei Kind Nr. 45 konnte der Ausbruchsstamm der ESBL-bildenden Klebsiellen im Blut nachgewiesen werden. Herr Dr. Körner, der zu dieser Zeit für die Neonatologie zum kommissarischen Chefarzt bestellt war, äußerte gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss die Einschätzung, eine Blutvergiftung durch die ESBL-Klebsiellen habe mit zum Tode geführt.[922] Bei Kind Nr. 46 konnte der Ausbruchsstamm der ESBL-bildenden Klebsiellen nur auf der Haut, nicht aber im Blut oder im Trachealsekret nachgewiesen werden. Das Kind war daher nach der Einschätzung von Herrn Dr. Körner besiedelt, ist aber nicht an dem Keim gestorben.[923]

Das infolge des erneuten Auftretens des Ausbruchsstamms der ESBL-bildenden Klebsiellen notwendige reaktive Ausbruchsmanagement ist deutlich schneller eingeleitet und strukturierter abgelaufen als im Jahr 2011.

8.4.1. Feststellen des Auslöseereignisses

Die Feststellung des Auslöseereignisses erfolgte umgehend. Sämtliche Frühchen auf der Station 4027 wurden seinerzeit einmal wöchentlich, jeweils am Dienstag, einem Screening auf MRSA- und ESBL-Keime unterzogen. Im Rahmen dieses routinemäßigen Screenings wurde der Ausbruchskeim erneut festgestellt.[924] Die

---

[919] Herr Dr. Wunderle, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 12/1532 f.
[920] Vermerk des Herrn Dr. Wunderle (Gesundheitsamt Bremen) vom 23. Februar 2012, Band 100, S. 306.
[921] Vgl. Anlage 4 zum Ausschussbericht, S. 5.
[922] Herr Dr. Körner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 9/1068.
[923] Herr Dr. Körner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 9/1069 f.
[924] Herr Dr. Körner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 9/1039.

Feststellung des Ausbruchskeims wurde ohne zeitliche Verzögerung sogleich als Auslöseereignis behandelt.

Das zeitnahe Erkennen des erneuten Auftretens des Ausbruchskeims ist Folge des wöchentlichen Screenings. Gleichwohl ist festzustellen, dass das wöchentliche Screening hinter den Empfehlungen des Robert Koch-Instituts[925] und dem durch die Gesundheit Nord im 10-Punkte-Maßnahmenplan[926] angekündigten Umfang zurückgeblieben ist. In einer Woche ist überdies aufgrund eines Kommunikationsversehens mit der Mikrobiologie nicht auf ESBL-bildende Keime, sondern lediglich auf MRSA getestet worden.[927] Als Grund dafür, dass die Frühchen nur einmal wöchentlich einem Screening unterzogen wurden, wurde angegeben, dass das Klinikum Bremen-Mitte davon ausgegangen sei, dass die Empfehlung des zweimal wöchentlichen Screenings sich auf die Ausbruchsphase bezogen habe und diese sei als abgeschlossen betrachtet gewesen.[928]

8.4.2. Einberufung des Ausbruchmanagementteams

Die ersten beiden Keimbefunde betreffend die Kinder Nr. 42 und 43 sind am 23. Februar 2012 bekannt geworden. Es ist sodann noch am gleichen Tag unter Einbeziehung von Herrn Dr. Wunderle, Herrn Dr. Hansen sowie beratenden Experten des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene eine Besprechung durchgeführt worden.[929] Das Ausbruchsmanagementteam ist in Form der „Umsetzungsrunde“ nach dem Bekanntwerden des erneuten Auftretens des Ausbruchskeims umgehend auf eine breitere Basis als 2011 gestellt worden.

8.4.3. Meldung

Die Meldung gemäß § 6 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz seitens des Klinikums Bremen-Mitte erfolgte unmittelbar nach Kenntniserlangung von den Keimbefunden betreffend die Kinder Nr. 42 und 43. Herr Dr. Körner, der damalige kommissarische Chefarzt der Neonatologie am Klinikum Bremen-Mitte, rief hierzu Herrn Dr. Wunderle am 23.

---

[925] Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 27.
[926] Am 3. September 2011 abgerufen unter: http://www.gesudheitnord.de/1366.html.
[927] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2082.
[928] Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3829.
[929] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1108 f.

Februar 2012 um 12:00 Uhr an. Auch das Gesundheitsamt informierte bereits mit einer am 23. Februar 2012 um 13:17 Uhr versendeten E-Mail neben weiteren Mitarbeitern des Gesundheitsamts und dessen Leiter auch die senatorische Behörde für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit in Person von Herrn Christelsohn, Herrn Dr. Götz und Frau Stroth.[930] Ferner wurde parallel dazu das Robert Koch-Institut in Kenntnis gesetzt.[931]

Angesichts der medialen Beachtung der Vorgänge aus dem vorangegangenen Jahr und dem zwischenzeitig eingesetzten parlamentarischen Untersuchungsausschuss war die Sensibilisierung allseits sehr hoch, zumal unabhängig von der zunächst noch ausstehenden Gentypisierung der Befunde bereits der Verdacht bestand, dass es sich erneut um den Ausbruchskeim aus dem Vorjahr handelte. Verzögerungen bei der Meldung beziehungsweise Übermittlung hat es dementsprechend nicht gegeben.

8.4.4. Erste krankenhaushygienische Ortsbegehung und Festlegung von Interventionsmaßnahmen

Es wurden überdies umgehend Begehungen durchgeführt, sowohl durch das Gesundheitsamt als auch durch das Robert Koch-Institut, das noch am 23. Februar 2012 mit einem aus fünf Personen bestehenden Team in Bremen eintraf.[932] Ferner sind an Sofortmaßnahmen die Kohortierung der Frühchen, also die räumliche Trennung der Kinder mit Keimnachweis von denen ohne Keimnachweis, sowie die Räumung und Desinfizierung eines Zimmers eingeleitet und noch am gleichen Tag umgesetzt worden.[933]

Insbesondere die Kohortierung ist eine nach der KRINKO-Empfehlung zum Ausbruchsmanagement empfohlene Maßnahme.[934] Diese konnte umgesetzt werden, weil, anders als noch beim Keimausbruch 2011 nunmehr aufgrund des wöchentlichen Routinescreenings Befunde für alle Frühchen der Station vorlagen. Es bestand infolge der wöchentlichen Abstriche mithin eine gewisse Kenntnis darüber, welche Kinder von dem Keim betroffen waren und welche nicht. Damit war die Grundvoraussetzung dafür

---

[930] E-Mail des Herrn Dr. Wunderle vom 23. Februar 2012, Band 100, S. 304.
[931] Herr Dr. Wunderle, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 12/1532.
[932] Herr Dr. Wunderle, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 12/1532.
[933] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1108 f.
[934] Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (183).

geschaffen, dass sämtliche Frühchen der richtigen Kohorte zugeordnet werden konnten.

Es wurde ferner bereits am 23. Februar 2012 seitens des Klinikums Bremen-Mitte und der Gesundheit Nord erörtert, ob ein Aufnahmestopp zu veranlassen sei. Das hinzugezogene Gesundheitsamt Bremen und die Experten des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene in Freiburg sollen dies jedoch als noch nicht erforderlich erachtet haben, so dass zunächst davon abgesehen wurde. Am 24. Februar 2012 erreichte die Station 4027 der weitere Keimnachweis betreffend das Kind Nr. 44. Sodann erging durch Herrn Dr. Hansen seitens der Gesundheit Nord eine Anweisung zur Verhängung eines vorübergehenden Aufnahmestopps gegenüber der Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte.[935] Noch am gleichen Tag verfügte das Stadtamt Bremen gestützt auf § 28 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz einen Aufnahmestopp.[936]

Die Umsetzungsrunde tagte wieder und nahm die Funktion des Ausbruchsmanagementteams wieder wahr. Dabei wurden die einzelnen Ergebnisse des Personalscreenings und der Umgebungsuntersuchungen bewertet und weitere Maßnahmen verabredet.[937]

8.4.5. Ermittlung der Infektionsquelle

Unter anderem zur Ermittlung der Infektionsquelle wurde abermals das Robert Koch-Institut hinzugezogen. Die Keimquelle konnte bislang nicht ermittelt werden. Herr Dr. Eckmanns, der Leiter des Einsatzteams des Robert Koch-Instituts, führte hierzu aus:

> *„Nach wie vor stochern wir im Nebel und sind total verzweifelt. Ich weiß es auch nicht. Ich würde auch dazu sagen, ich hätte die Station auch wieder eröffnet. Dass der Erreger da wieder aufgetaucht ist, ist --. Wir haben da verschiedenste Theorien, die ich immer verwerfen würde, wenn ich irgendetwas anderes hätte, aber da wir nichts*

[935] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1109.

[936] Anordnung nach § 28 Infektionsschutzgesetz durch das Stadtamt Bremen vom 24. Februar 2012, Band 100, S. 309 ff.

[937] Vgl. dazu im Einzelnen: Umsetzungsrunde, 1. Besprechungsprotokoll, 28. Februar 2012, Band 100, S. 341 ff.; Umsetzungsrunde, 2. Besprechungsprotokoll, 1. März 2012, Band 100, S. 344 ff.; Umsetzungsrunde, 3. Besprechungsprotokoll, 6. März 2012, Band 100, S. 357 ff.

> *anderes haben, kann es tatsächlich sein, dass er vielleicht sogar über 500 Meter von der einen Station auf die andere gebracht wurde, was ich aber fast für ausgeschlossen halte.“*[938]

Aufgrund des durchgeführten Routinescreenings nach der Wiedereröffnung der Station am 9. Januar 2012 konnte das Robert Koch-Institut anders als nach dem Keimausbruch 2011[939] eine Kohortenstudie durchführen. Auch diese hat nach vorläufigen Erkenntnissen kein eindeutiges Ergebnis erbracht, sondern lediglich ergeben, dass tendenziell stärker die Kinder betroffen waren, die vielen Eingriffen ausgesetzt waren, also potenziell eher die kränkeren Frühchen.[940]

Neben dem Robert Koch-Institut ist nach dem erneuten Auftreten der Keime auf der Station 4027 noch Herr Professor Dr. Exner tätig geworden. Er wurde hierzu von dem Klinikum Bremen-Mitte beauftragt.[941] Herr Professor Dr. Exner führte unter anderem eine Untersuchung des Desinfektionsmitteldosiergerätes aus dem Waschmaschinenraum der Station 4027 durch, die den Nachweis von Klebsiella pneumoniae-DNA im Wasserzulauf des Gerätes ergab. Letztlich konnte jedoch nicht festgestellt werden, dass die gefundene Klebsiellen-DNA zum Ausbruchsstamm gehört.[942] Dies ändert nichts daran, dass es sich um eine mögliche Erklärung des Ausbruches handelt.

Herr Dr. Eckmanns teilte mit, die Annahme, dass sich der Ausbruchskeim möglicherweise im Desinfektionsmitteldosiergerät befunden habe, im Hinblick auf die nach dem erneuten Auftreten des Ausbruchskeims durchgeführte Fallkontrollstudie nicht zu einer Revision oder wesentlichen Veränderung des Ergebnisses führe:

> *„Diese Studie, die ist mehr oder weniger fertig ausgewertet, zeigt, dass Kinder, an denen besonders viele Maßnahmen durchgeführt wurden, tatsächlich ein höheres Risiko haben, dass sie diesen Keim haben. Wenn man das jetzt weiterspinnen würde, könnte man versuchen, das mit dieser These zu verbinden, weil ja, wenn ich das*

---

[938] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2046 f.
[939] Siehe unter „8.3.5.1.Screeninguntersuchungen der Patientinnen und Patienten“.
[940] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2141.
[941] Herr Professor Dr. Exner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 29/4160.
[942] Siehe unter „4.4.1.2. Desinfektionsmitteldosiergerät als mögliche Keimquelle“.

> *aus der Presse richtig verstanden habe, dann ja das Desinfektionsmittel, das Flächendesinfektionsmittel, das auf der Station war, nach der Vorstellung von Herrn Professor Dr. Exner kontaminiert sein soll, immer einmal wieder sporadisch. Dann wäre die Umgebung kontaminiert, und dann ginge das natürlich damit einher, dass Kinder, an denen mehr Manipulationen gemacht wurden, möglicherweise ein etwas höheres Risiko hätten.*
>
> *Es geht aber natürlich genauso einher mit dieser These, dass eine Übertragung von einem Kind auf ein anderes stattgefunden hat. Wo viel manipuliert wird, müssen die Leute mehr arbeiten und müssen auch durchaus einmal vielleicht den einen oder anderen Handgriff machen, ohne es zu schaffen, sich zwischendurch die Hände zu desinfizieren. Ich glaube, es ist nicht im Widerspruch dazu!“*[943]

Es wurde ferner nochmals ein umfangreiches Screening durchgeführt, das vom Stadtamt angeordnet worden ist. Die Anordnung des Screenings wurde als eine Anordnung von Schutzmaßnahmen auf § 28 Infektionsschutzgesetz gestützt.[944] Der Kreis der vom Screening erfassten Personen wurde gegenüber dem ersten Personalscreening deutlich ausgeweitet. Den Screeninguntersuchungen wurden alle Personen unterzogen, die in den zwei Wochen vor dem 23. Februar 2012 Kontakt zu den Kindern oder der Station hatten.[945] Insgesamt sind 349 Personen untersucht worden. Hiervon waren 50 Personen ärztliches Personal, 171 Personen Pflegepersonal und weitere 128 Personen haben in sonstiger Weise in Kontakt zur Neonatologie gestanden. Im Einzelnen wurden bei 750 Untersuchungsterminen 31 Personen viermal untersucht, 2 Personen dreimal, 275 Personen zweimal untersucht, 12 Personen einmal sowie weitere 29 Auswärtige zweimal untersucht. Alle Ergebnisse waren negativ in Bezug auf ESBL-bildende Klebsiellen. Bei 10 Personen wurden ESBL-bildende E-Coli nachgewiesen. Hierbei handelte es sich bei fünf Fällen um Personen des Personals und bei den weiteren fünf Fällen um sonstige Personen, die im Kontakt mit der neonatologischen Station standen.[946] Das Screening ist überdies dahin gehend erweitert worden, dass nicht nur ein Analabstrich abgenommen wurde. Es sind stattdessen von jeder Person mit ganz wenigen Ausnahmen zwei

---

[943] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3520 f.

[944] Stadtamt Bremen, Anordnung von Schutzmaßnahmen nach § 28 Infektionsschutzgesetz vom 24. Februar 2012, Band 87, S. 1 ff.; Stadtamt Bremen, Anordnung von Schutzmaßnahmen nach § 28 Infektionsschutzgesetz vom 1. März 2012, Band 87, S. 7 ff.

[945] Vermerk des Herrn Dr. Wunderle vom 23. Februar 2012, Band 100, S. 307.

[946] Schreiben der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit vom 9. November 2012.

Abstrichserien durchgeführt worden, wobei mit dem ersten Abstrichtupfer das rechte und das linke Ohr abgestrichen wurden, mit dem zweiten Abstrichtupfer der Rachen und beide Nasenvorhöfe und mit dem dritten Abstrichtupfer wurde ein Analabstrich durchgeführt. Die Ausführung des Screenings hat das Gesundheitsamt Bremen übernommen. Obwohl das Screening sowohl hinsichtlich des untersuchten Personenkreises als auch hinsichtlich der Untersuchungsmethode ausgeweitet worden ist, ergab sich erneut kein positiver Befund betreffend ESBL-bildender Klebsiellen des Ausbruchsstammes.

Zur Ermittlung der Keimquelle sind umfangreiche und zweckmäßige Anstrengungen unternommen worden. Um etwaige Unsicherheiten hinsichtlich der Keimquelle zu beseitigen, war aus der damaligen Perspektive, die Durchführung von umfassenden Screeninguntersuchungen richtig. Zu untersuchen ist nach heutigem Wissensstand, ob die angewandte Methode hinreichend zuverlässig war. Letztlich hat sich aber aufgrund der Screeninguntersuchungen gezeigt, dass wohl keine der gescreenten Personen ein Träger des Ausbruchskeims war. Der Umstand, dass die Ursache des Keimausbruchs nicht gefunden werden konnte, beruht nicht darauf, dass gebotene Aufklärungsmaßnahmen nicht ergriffen worden sind. Allerdings wird die Keimquelle nach Auskunft von Experten in über 50 % der Fälle nicht gefunden.[947]

8.4.6. Information der Öffentlichkeit

Die handelnden Akteure schafften beim erneuten Auftreten des Ausbruchkeims und insbesondere nach den Todesfällen vom 28. Februar 2012 sehr schnell umfassende Transparenz. Bereits am 24. Februar 2012 wurden das erneute Auftreten des Keims sowie der Aufnahmestopp der Öffentlichkeit mitgeteilt. Seitens des Klinikums Bremen-Mitte übernahm der kommissarische Chefarzt der Neonatologie, Herr Dr. Körner, die Kommunikation mit den Medien. Er gab unter anderem gegenüber Radio Bremen ein Interview und erläuterte den Sachstand sowie die eingeleiteten Maßnahmen.[948] Überdies informierte Frau Senatorin Frau Jürgens-Pieper über den Sachverhalt und kündigte an, dass, soweit weitere Fälle bekannt würden, eine Schließung der Station erwogen werden müsse.[949] Am 29. Februar 2012 nahm Frau Senatorin Jürgens-Pieper

---

[947] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2046 und 25/3520.[948] Am 6. September 2011 abgerufen unter: http://www.radiobremen.de/mediathek/video34482-popup.html.

[948] Am 6. September 2011 abgerufen unter: http://www.radiobremen.de/mediathek/video34482-popup.html.

[949] Am 6. September 2011 abgerufen unter: http://www.radiobremen.de/fensehen/buten_un_binnen/video34488-popup.html.

zum Tod der zwei Frühchen vom Vortag Stellung und gab bekannt, dass die Neonatologie sowie die Geburtsklinik am Klinikum Bremen-Mitte geschlossen werden. Ferner teilte sie mit, dass die Neonatologie fortan am Klinkum Links der Weser und am Klinikum Bremen-Nord untergebracht werde.[950]

8.4.7. Freistellung von Herrn Dr. Hansen und Herrn Dr. Kappler

Am 29. Februar 2012 wurde der Geschäftsführer der Gesundheit Nord, Herr Dr. Hansen, durch Frau Senatorin Jürgens-Pieper in ihrer Funktion als Vorsitzende des Aufsichtsrats der Gesundheit Nord mit sofortiger Wirkung von seinen dienstlichen Verpflichtungen freigestellt. Zur Begründung führte Frau Senatorin Jürgens-Pieper in der öffentlichen Beweisaufnahme einen schleichenden Vertrauensverlust an, der sich unter anderem auf das Krisenmanagement und die ungenügende Aufklärung des Hygieneskandales durch das Hygieneinstitut bezogen habe.[951] Einzelheiten zu dem Vertrauensverlust benannte Frau Senatorin Jürgens-Pieper gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss in nicht öffentlicher Sitzung. Herr Dr. Hansen ist nach wie vor lediglich freigestellt. Das Arbeitsverhältnis ist nicht beendet.[952]

Am 29. Februar 2012 wurde zudem Herr Dr. Kappler, der Leiter des Instituts für Allgemeine Hygiene, Krankenhaus- und Umwelthygiene, von seinen dienstlichen Verpflichtungen freigestellt. Anlass war die nicht nachvollziehbar späte Entdeckung der drei Klebsiellenproben aus dem Jahr 2009 in einem Laborkühlschrank.[953] Die Freistellung erfolgte durch die Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte auf Bitte von Herrn Dr. Hansen.[954] Das Arbeitsverhältnis ist nicht beendet. Herr Dr. Kappler hat am 13. August 2012 seinen Dienst wieder begonnen, und zwar in der Funktion eines Laborleiters.[955]

8.5. Reaktive Phase Mai 2012

---

[950] Am 6. September 2011 abgerufen unter: http://www.radiobremen.de/fensehen/buten_un_binnen/video34488-popup.html.

[951] Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4493.

[952] Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4516.

[953] Siehe unter „8.3.7. Bewertung der erhobenen Befunde und Festlegung gezielter Interventionsmaßnahmen nach den Ereignissen im Jahr 2011“.

[954] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1163.

[955] E-Mail von Frau Pile an den Untersuchungsausschuss vom 20. November 2012.

Am 10. Mai 2012 trat im Rahmen des Routinescreenings auf der Station 4028 noch einmal punktuell ein positiver Befund von ESBL-bildenden Klebsiellen auf, der dem Ausbruchsstamm zuzuordnen war.[956] Das von dem positiven Keimbefund betroffene Kind Nr. 47 lag auf der Station 4028. Im Nebenzimmer wurden zwei Kinder behandelt, die positiv auf den Erreger getestet worden waren. Bei dem einen Kind aus dem Nebenzimmer, das sehr krank und seit über einem Jahr in der Klinik war und diesen Erreger seit fast einem Dreivierteljahr hatte, war der Erreger schon eine längere Zeit nicht mehr nachgewiesen worden. Gleichwohl war nicht mit Sicherheit davon auszugehen, dass das Kind negativ war. Das weitere Kind aus dem Nebenzimmer, das in dem Geschehen im Februar 2012 positiv geworden war, war noch positiv. Herr Dr. Eckmanns hält es aufgrund dieser Konstellation für vorstellbar, dass eine Übertragung von dem Zimmer mit den beiden positiven Kindern auf das Kind Nr. 47 erfolgte.[957]

In Reaktion auf das erneute Auftreten des Ausbruchskeims trat erneut ein Krisenstab zusammen. Es wurde nochmals ein Mitarbeiterscreening durchgeführt, weil sich in diesem Fall die Zahl der Personen, die in dem relevanten Zeitraum Kontakt zu den betroffenen Kindern aus den beiden Zimmern hatten, eingrenzen ließ. Überdies wurde eine Kohortierung eingeleitet. Weitere Keimübertragungen konnten in der Folgezeit nicht festgestellt werden. Das von der im Mai 2012 festgestellten Übertragung betroffene Kind Nr. 47 wurde Anfang Juni aus der Klinik entlassen.[958]

8.6. Zusammenfassung

Das Ausbruchsmanagement des Klinikums Bremen-Mitte im Jahr 2011 war bis zum 1. November 2011 äußerst defizitär. Es mangelte im Klinikum Bremen-Mitte insbesondere an den strukturellen Voraussetzungen. Als besonders nachteilig wirkte sich aus, dass mangels einer zum Zweck frühzeitiger Erkennung geeigneten Form der Dokumentation der Keimbefunde die gebotenen Maßnahmen zu spät eingeleitet worden sind. Es hätte deutlich früher eines Routinescreenings aller Frühchen bedurft, um eine Kohortierung vornehmen zu können. Überdies hätte früher an das Gesundheitsamt Bremen gemeldet werden müssen. Es bestand ferner kein Ausbruchsmanagementteam im Sinne der KRINKO-Empfehlung und der Leitlinie der Krankenhaushygiene des

[956] Siehe unter 3.4.3. ESBL-bildende Klebsiellen im Mai 2012“.
[957] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3524 f.
[958] Herr Dr. Wunderle, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 24/3473 f.

Klinikums Bremen-Mitte. Es bleibt unverständlich, warum in der Krisensituation die eigenen Verfahrensfestlegungen keine Anwendung gefunden haben.

Im Jahr 2012 war das Ausbruchsmanagement deutlich besser. Insbesondere das Screening der Frühchen und die Kohortierung wurden umgehend umgesetzt. Auch wirft das Ausbruchsmanagement, wie in diesem Fall, zahlreiche standortübergreifende Fragestellungen auf, insbesondere wenn andere Standorte in ein Ausfallkonzept einbezogen sind.

9. Kontrolle und Aufsicht

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hat sich damit beschäftigt, welchen Einfluss die verschiedenen Akteure auf das Klinikum Bremen-Mitte hatten. Dabei ist zu unterscheiden zwischen den gesellschaftsrechtlichen Steuerungsmitteln innerhalb der Holding Gesundheit Nord und der staatlichen Gesundheitsaufsicht. Es ist zu prüfen, wo Durchgriffsmöglichkeiten bestanden und inwieweit hier Mängel in der Struktur oder in der Umsetzung festzustellen waren.

9.1. Gesellschaftsrechtliche Einflussmöglichkeiten der Gesundheit Nord auf das Klinikum Bremen-Mitte

Die Gesundheit Nord gGmbH Klinikverbund Bremen ist Alleingesellschafterin der Klinikum Bremen-Mitte gGmbH. Deshalb wird nachfolgend dargestellt, ob und inwieweit sie unmittelbaren Einfluss auf das Klinikum Bremen-Mitte nehmen konnte.

9.1.1. Gesellschaftsrechtliche Struktur der Klinikum Bremen Mitte gGmbH

Der Gesellschaftsvertrag der Klinikum Bremen-Mitte gGmbH wurde im Mai 2012 neu gefasst.[959] Er enthält in einigen Punkten Änderungen zu dem zuvor geltenden Gesellschaftsvertrag.[960] Entscheidend für die Einflussmöglichkeiten vor und während des Ausbruchsgeschehens ist die Fassung des Gesellschaftsvertrages vor Mai 2012. Diese wird daher im Folgenden zunächst zugrunde gelegt. Sodann werden die im Gesellschaftsvertrag vorgenommenen Änderungen geschildert.

Gegenstand der Klinikum Bremen-Mitte gGmbH ist die Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens, insbesondere die Sicherstellung der Krankenhausversorgung der Bevölkerung in der Freien Hansestadt Bremen (Stadtgemeinde) durch das Betreiben des Krankenhauses in Bremen, St.-Jürgen-Straße, im Verbund mit den drei anderen Klinikum gGmbHs der Gesundheit Nord, einschließlich deren Unterstützung und Förderung.[961] Verantwortlich für die Verfolgung dieser Ziele und die Einhaltung der damit verbundenen gesetzlichen Vorgaben sind die Organe der Gesellschaft, die

[959] Band 203, 1. Fach.
[960] Band 96, S. 1 ff.
[961] § 2 des Gesellschaftsvertrages.

Geschäftsführung, der Aufsichtsrat und die Gesellschafterversammlung jeweils im Rahmen ihrer Zuständigkeiten.

Die Geschäftsführungsbefugnis der Geschäftsführer erstreckt sich auf alle Handlungen, die der gewöhnliche Betrieb des Unternehmens der Gesellschaft mit sich bringt. Dazu gehört insbesondere die Patientenversorgung nach den Grundsätzen der Leistungsfähigkeit und der Wirtschaftlichkeit.[962] Sie sind verpflichtet, bei ihren Entscheidungen auch die Interessen des Klinikverbundes zu wahren.[963] Für Geschäftsführerhandlungen, die darüber hinausgehen, bedarf es eines vorherigen zustimmenden Aufsichtsratsbeschlusses.[964] Für besonders wichtige Angelegenheiten, die die Gesellschaft als Ganze betreffen, bedarf es eines vorherigen Beschlusses der Gesellschafterversammlung.[965]

Darüber hinaus hat die Geschäftsführung gegenüber dem Aufsichtsrat Berichtspflichten.[966] Sie erstrecken sich auf die beabsichtigte Geschäftspolitik und andere grundsätzliche Fragen der Unternehmensplanung (insbesondere die Finanz-, Investitions- und Personalplanung), Rentabilität der Gesellschaft, den Gang der Geschäfte, insbesondere den Umsatz, und die Lage der Gesellschaft sowie Geschäfte, die für die Rentabilität oder Liquidität der Gesellschaft von erheblicher Bedeutung sein können. Außerdem ist dem Vorsitzenden des Aufsichtsrats aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten.

Über die Klinikum Bremen-Mitte gGmbH üben der Aufsichtsrat und die Gesellschafterversammlung, also letztlich die Gesundheit Nord, die Aufsicht und Kontrolle aus. Der Aufsichtsrat[967] der Klinikum Bremen-Mitte gGmbH ist zur Hälfte mit Mitgliedern besetzt, die durch die Freie Hansestadt Bremen entsandt werden, und zur anderen Hälfte mit Arbeitnehmervertretern. Vorsitzender des Aufsichtsrates war bis zur Abänderung des Gesellschaftsvertrages im Mai 2012 der Sprecher der Geschäftsführung der Gesundheit Nord.[968] Aktuell ist Herr Staatsrat Dr. Schuster Vorsitzender des Aufsichtsrates des Klinikums Bremen-Mitte. Der Aufsichtsrat, der

---

[962] § 1 Abs. 3 der Geschäftsanweisung für die Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte, Band 96, S. 18.
[963] § 7 Abs. 5 des Gesellschaftsvertrages in beiden Fassungen.
[964] § 7 Abs. 7 des Gesellschaftsvertrages, Band 96, S. 5.
[965] § 7 Abs. 9 des Gesellschaftsvertrages, Band 96, S. 6 f.
[966] § 7 Abs. 11 des Gesellschaftsvertrags i.V.m. § 90 Aktiengesetz
[967] § 9 des Gesellschaftsvertrages in beiden Fassungen.
[968] § 9 Abs. 5 des Gesellschaftsvertrages alte Fassung.

mindestens einmal im Kalendervierteljahr zusammentritt,[969] hat unter anderem die Aufgabe, die Geschäftsführung zu überwachen. Bei drohenden, erheblichen negativen Planabweichungen und akuten Risiken für die Unternehmensentwicklung ist dem Vorsitzenden zu berichten (Ad-hoc Risikoberichte).[970]

Mindestens einmal jährlich, bei Bedarf auch öfter, ist eine Gesellschafterversammlung einzuberufen. Sie beschließt über die Feststellung des Jahresabschlusses, die Ergebnisverwendung, die Wahl des Abschlussprüfers und die Entlastung der Geschäftsführer und der Mitglieder des Aufsichtsrats. Den Vorsitz in der Gesellschafterversammlung führt der Aufsichtsratsvorsitzende.[971]

9.1.2. Aufsichtspflichten von Aufsichtsrat und Gesellschafterin der Klinikum Bremen-Mitte gGmbH

Über den Aufsichtsrat und die Gesellschafterversammlung hat die Gesundheit Nord mithin Einflussmöglichkeiten auf die grundlegenden Entscheidungen der Klinikgesellschaft insbesondere im Hinblick auf die wirtschaftliche Entwicklung, die Unternehmensentwicklung und die Besetzung hochrangiger Positionen.

Die Überwachungsrechte des Aufsichtsrates beziehen sich jedoch nicht auf das operative Geschäft, sondern auf die Grundfragen der Gesellschaft und insbesondere deren finanzielle Situation. Die Geschäftsführung zu kontrollieren, heißt aber insbesondere vergangenes Handeln zu überwachen.[972] Nach § 111 Abs. 4 Aktiengesetz können dem Aufsichtsrat Maßnahmen der Geschäftsführung im Wesentlichen nicht übertragen werden. Diese Vorschrift ist nach § 52 Abs. 1 GmbHG auch auf die Gesellschaft mit beschränkter Haftung anzuwenden, sofern diese einen Aufsichtsrat hat. Dies bedeutet, dass beim Aufsichtsrat keine Aufgaben der Geschäftsführung mit Ausnahme der in § 111 Abs. 4 S. 2 Aktiengesetz genannten Zustimmungsvorbehalte durch die Satzung angesiedelt werden dürfen.[973] Entsprechend sind die Zustimmungsrechte von Gesellschafterversammlung und

[969] § 9 Abs. 11 des Gesellschaftsvertrags, Band 96, S. 12.
[970] § 13 Abs. 3 der Geschäftsanweisung für die Geschäftsführung in beiden Fassungen.
[971] § 8 des Gesellschaftsvertrags, Band 96, S. 9 ff.

[973] Vgl. im Einzelnen: Hüffer, Aktiengesetz, München, 10. Aufl., 2012, § 111 Rn. 16 ff. m. w. N.

Aufsichtsrat[974], sowie die Unterrichtungs-[975] und Mitwirkungsrechte[976] des Aufsichtsrates ausgestaltet. Der Aufsichtsrat ist nicht befugt, der Geschäftsführung Weisungen zu erteilen. Bei befürchteten wesentlichen Nachteilen für die Klinikgesellschaft hat der Vorsitzende des Aufsichtsrates das zuständige Fachressort und die Querschnittseinheit Beteiligungsmanagement bei der Senatorin für Finanzen zu benachrichtigen.[977]

Daneben wurde zur kurzfristigen Einflussnahme auf die Geschäftsführungen der einzelnen Krankenhäuser des Klinikverbundes durch die Geschäftsführung der Gesundheit Nord auch auf das Instrument der Gesellschafteranweisung zurückgegriffen. Unter dem 24. Mai 2012 erließ die Geschäftsführung der Gesundheit Nord zwei Gesellschafteranweisungen an die Geschäftsführungen der vier Krankenhäuser der Gesundheit Nord sowie der Gesundheit Nord Dienstleistungen. Diese wurden zum einen angewiesen sicherzustellen, dass in allen Bereichen der Krankenhäuser des Klinikverbundes von allen Reinigungskräften nur Einmalhandschuhe (ausschließlich Nitril mit langer Stulpe) benutzt bzw. eingesetzt werden. Daneben wurden die Geschäftsführungen verpflichtet, die Arbeitsanweisungen für die Reinigungskräfte und das Reinigungsverfahren (Unterhalts- und Flächenreinigung) zum Handschuhhandling und den ausschließlichen Einsatz von Einmalhandschuhen unter Berücksichtigung der Empfehlungen von Herrn Eikenberg (in dessen E-Mail vom 24. Mai 2012) zu überprüfen, zu aktualisieren und für die kurzfristige Umsetzung Sorge zu tragen.

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hat den Eindruck gewonnen, dass in den letzten Jahren die Geschäftsführung der Gesundheit Nord und insbesondere deren damaliger Geschäftsführer Herr Dr. Hansen, auf die Entscheidungen der Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte einen erheblichen Einfluss hatte. Dies war aus Sicht der Gesundheit Nord zur Gewährleistung des Sanierungskurses erforderlich.

Von diesem Einfluss machten die Verantwortlichen der Gesundheit Nord jedoch im Hinblick auf die Erfordernisse eines ordnungsgemäßen Hygienemanagements keinen

---

[974] § 7 Abs. 7 und 9 des Gesellschaftsvertrages in beiden Fassungen.
[975] § 13 der Geschäftsanweisung für die Geschäftsührung in beiden Fassungen.
[976] § 9 der Geschäftsordnung für den Aufsichtsrat des Klinikums Bremen-Mitte, Band 97, S. 41.
[977] § 9 Abs. 3 der Geschäftsordnung für den Aufsichtsrat des Klinikums Bremen-Mitte.

Gebrauch. Weder wurde Qualifikation oder Stellung des Krankenhaushygienikers problematisiert, noch wurde erkannt, dass die Übertragung der Hygieneverantwortlichkeit auf Herrn Professor Dr. Huppertz entgegen der Geschäftsanweisung erfolgt war.

Wie im Abschnitt „Ausstattung mit medizinischem Personal“[978] geschildert, nahm Herr Dr. Hansen in erheblichem Umfang Einfluss auf das Ob von Einstellungsentscheidungen. Hinsichtlich der Besetzung mit Personal war er nach dem Eindruck aller Beteiligten die entscheidende Person.

Auch im Rahmen des Krisenmanagements wurde die bestimmende Stellung der Gesundheit Nord und von Herrn Dr. Hansen deutlich. Die Entscheidung, gegen Herrn Professor Dr. Huppertz Kündigungen auszusprechen, ging von Herrn Dr. Hansen aus. Dieser führte gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss aus, er habe eine Gesellschafteranweisung veranlasst, dass die Geschäftsführung Herrn Professor Dr. Huppertz fristlos entlassen sollte. Eine Abstimmung mit der Senatorin oder dem Staatsrat sei nicht erfolgt.[979] Daneben beruhten auch die Entscheidungen zur Freistellung von Herrn Dr. Kappler und zur Schließung der Station 4027 im Februar 2012 auf Anregungen von Herrn Dr. Hansen. Dieser führte dazu gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss aus:

> *„Die Freistellung von Herrn Kappler habe ich, wenn Sie so wollen, in dieser Krisenstabssitzung empfohlen. Da ist die Geschäftsführung Mitte anwesend gewesen, und dann ist das arbeitsrechtlich von der Geschäftsführung umgesetzt worden. Eine echte Gesellschafteranweisung hat es nur für die Kündigung von Herrn Professor Huppertz gegeben, das war definitiv eine Gesellschafterentscheidung. Die Schließung der Station können Sie auch als Gesellschafterentscheidung bezeichnen, das ist richtig,(….“)*[980]

[978] Siehe unter „6.3.1.1. Zuständigkeit für Personalentscheidungen“.
[979] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme. 10/1163.
[980] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1198.

> *Bei der Kündigung von Herrn Professor Huppertz - daraus mache ich auch keinen Hehl - habe ich auch diesen Weg gewählt, weil zu vermuten war, dass das eine heftige öffentliche Diskussion wird und ich die Geschäftsführung aus der Schusslinie nehmen wollte. Deswegen stehe ich auch dazu, dass ich das als Gesellschafter angewiesen habe, weil Chefarztentscheidungen grundsätzlich in der Verantwortung des Geschäftsführers Klinikmanagement liegen, weil das jeweils strategische Entscheidungen sind.“*[981]

Aufgrund der Ausgestaltung des Gesellschaftsvertrages hatte die Geschäftsführung der Gesundheit Nord jedoch auch rechtliche Möglichkeiten, auf das operative Geschäft der Krankenhäuser des Klinikverbundes Einfluss zu nehmen. Allerdings nicht in ihrer Funktion als Mitglieder der Aufsichtsräte. Gemäß § 7 Abs. 12 des Gesellschaftsvertrages hatte der Kaufmännische Geschäftsführer der Gesundheit Nord, weil dieser nicht der Sprecher der Geschäftsführung der Gesundheit Nord war, das Recht an allen Sitzungen der Geschäftsführung teilzunehmen. Ihm stand aber kein Stimmrecht zu, er konnte einer Entscheidung der Klinikgeschäftsführung jedoch widersprechen.[982] Auf Wunsch der Geschäftsführung der Gesundheit Nord waren Sitzungen der Klinikgeschäftsführung anzuberaumen und Fragen der laufenden Geschäftsführung auf die Tagesordnung zu setzen und zu erörtern.[983]

Diese Einflussnahmemöglichkeit wurde nach der Neufassung des Gesellschaftsvertrages noch verstärkt. Durch die neue Fassung des Gesellschaftsvertrages wurde die Zahl der Geschäftsführer erhöht; die Geschäftsführung bestehend aus der kaufmännischen, der pflegerischen und der ärztlichen Geschäftsführung wurde um einen Geschäftsführer erweitert, der zugleich Geschäftsführer der Gesundheit Nord ist. Seine Funktion besteht unter anderem darin, den Willen der Gesundheit Nord in der laufenden Geschäftsführung durchzusetzen.[984] Ihm steht hierfür ein Widerspruchsrecht bei Geschäftsführungsentscheidungen zu.[985] Die Geschäftsführung der Gesundheit Nord hat damit weiterhin Einfluss auf die Geschäftsführung der Klinikgesellschaft.

---

[981] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1198.
[982] § 2 Abs. 4 Ziff. 2 der Geschäftsanweisung für die Geschäftsführung vom 25. August 2008.
[983] § 2 der Geschäftsanweisung für die Geschäftsführung in beiden Fassungen.
[984] § 2 Abs. 4 Ziff. 1 der Geschäftsanweisung für die Geschäftsführung vom 29. Mai 2012.
[985] § 2 Abs. 4 Ziff. 3 der Geschäftsanweisung für die Geschäftsführung vom 29. Mai 2012.

Dagegen ist nicht mehr vorgesehen, dass der Sprecher der Geschäftsführung der Gesundheit Nord gleichzeitig der Vorsitzende des Aufsichtsrates ist. Nunmehr enthält der Gesellschaftsvertrag lediglich eine Regelung, wonach Vorsitzender des Aufsichtsrates ein von der Freien Hansestadt Bremen entsandtes und bestimmtes Aufsichtsratsmitglied ist.[986] Frau Senatorin Jürgens-Pieper führte zum Hintergrund der Änderung des Gesellschaftsvertrages aus, Ziel der Neufassung sei eine Anpassung an steuerrechtliche Vorgaben und eine weitere Verzahnung der Klinikgesellschaft mit der Gesundheit Nord gewesen.[987]

Eine direkte Einwirkungsmöglichkeit der Stadtgemeinde Bremen auf die Klinikgesellschaft beinhaltet § 7 Abs. 10 des Gesellschaftsvertrages. Danach bedarf der jährliche Wirtschaftsplan der Gesellschaft neben der Zustimmung des Aufsichtsrates auch der Zustimmung des Fachressorts sowie der Senatorin für Finanzen.

9.1.3. Das Eltern-Kind-Zentrum

In der Gesundheit Nord sind auf der Grundlage des Medizinischen Zukunftskonzeptes[988] zunächst zehn, heute elf Kompetenzzentren eingerichtet worden, von denen drei standortübergreifend sind. Dies sind das Eltern-Kind-Zentrum, mit dem sich der parlamentarische Untersuchungsausschuss befasst hat, und darüber hinaus das Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik an den Standorten Ost und Nord sowie das an allen Standorten angesiedelte Zentrum für Anästhesiologie und OP-Management.

Das Eltern-Kind-Zentrum ist auf alle vier Standorte verteilt. Es umfasst die Professor-Hess-Kinderklinik, die Kliniken für Kinderchirurgie und Kinderurologie sowie für Pädiatrische Intensivmedizin und das Sozialpädiatrische Institut am Klinikum Bremen-Mitte, die Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Gynäkologie und Geburtshilfe am Klinikum Bremen-Nord, die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Bremen-Ost sowie die Kliniken für Kinder- und

---

[986] § 9 Abs. 5 des Gesellschaftsvertrages neue Fassung.
[987] Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4567.
[988] Vorlage für die Sitzung des Aufsichtsrats der GeNo am 22. Juni 2009, Band 60, S. 1 ff.

Jugendmedizin, für strukturelle und angeborene Herzfehler/Kinderkardiologie und für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Klinikum Links der Weser.

Nach der Präambel der zum Zeitpunkt der Keimvorfälle gültigen Geschäftsordnung für standortübergreifende Zentren[989] ist die Zielsetzung eines solchen Zentrums die Kombination aus wohnortnaher Versorgung einerseits sowie der Konzentration von Spezialleistungen andererseits, die Schaffung größerer Einheiten und die optimale Ressourcennutzung durch Vermeidung von Doppelstrukturen. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss ist in diesem Zusammenhang der Frage nachgegangen, welche medizinischen Gründe für eine Zentralisierung der Frühgeborenenversorgung in nur einem Level-1-Perinatalzentrum in Bremen sprechen. Dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss wurde dargelegt, dass es sich bei der Schaffung größerer Fachzentren in der Neonatologie um einen von mehreren Faktoren handele, um die Sterblichkeit gerade bei sehr kleinen Frühgeborenen zu senken.[990]

Befasst hat sich der parlamentarische Untersuchungsausschuss auch mit der organisatorischen Einbettung der standortübergreifenden Zentren in die Struktur der Gesundheit Nord mit ihren vier selbständigen Krankenhäusern. Nach § 3 der Geschäftsordnung hat die Geschäftsführung der Gesundheit Nord das arbeitsvertragliche Direktionsrecht über die Zentrumsleitungen, die nach § 4 Abs. 3 in Abstimmung mit den jeweils zuständigen Geschäftsführungen der Krankenhäuser des Klinikverbundes besetzt werden sollen. Bei einem alle vier Standorte betreffenden Zentrum müssen daher die Geschäftsführungen der Gesundheit Nord und aller vier Krankenhäuser eine einvernehmliche Besetzung herbeiführen. Die Zentrumsleitung wiederum hat das arbeitsvertragliche Direktionsrecht über die Chefärzte der im Zentrum zusammengefassten Kliniken. Eine Fachverantwortung ist mit dieser Aufsicht jedoch nicht verbunden. Diese liegt bei den Geschäftsführungen der einzelnen Krankenhäuser des Klinikverbundes bzw. innerhalb medizinischer wissenschaftlicher Standards bei den Chefärzten selber. Dies hat zur Folge, dass für ein an allen vier Standorten angesiedeltes Zentrum vier ärztliche und vier pflegerische Geschäftsführer/innen nur für ihre jeweiligen Chefärzte fachlich verantwortlich sind, die dienstrechtliche Verantwortung aber bei keiner dieser Geschäftsführungen, sondern über die Zentrumsleitung bei der Gesundheit Nord liegt, obwohl sowohl die Chefärzte als auch die Zentrumsleitungen über ihre Funktion als Zentrumsleitung hinaus

[989] Geschäftsordnung für standortübergreifende Zentren, gültig vom 11. Mai 2010 bis 11. Mai 2012.
[990] Herr Professor Dr. Herting, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 1/10 f. und 1/80 f.

Beschäftigte eines der vier Standorte sind. Wo genau die dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss beschriebene koordinierende und steuernde Rolle der Zentrumsleitungen bei dieser Funktionsverteilung liegt, und warum sie neben den Geschäftsführungen einen zusätzlichen Nutzen haben sollen, konnte dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss nicht überzeugend vermittelt werden. Die Funktion der Zentrumsleitungen stellt sich vielmehr als eine Art „Anker“ der Gesundheit Nord im operativen Geschäft der Krankenhäuser dar, für das zwar die Geschäftsführungen vor Ort verantwortlich sind, dies aber offenbar nicht umfassend sein sollen.

In der Zentrumskonferenz nach § 5 der Geschäftsordnung, in der die Zentrumsleitung, alle beteiligten Chefärzte, Klinikdirektoren, Institutsdirektoren, Pflegeleitungen und je ein Mitglied der beteiligten Geschäftsführungen Mitglied sind, ist dieser organisatorische Mix zusammen gefasst. Eine letztendliche Verantwortung hat aber auch sie nicht. Bei fehlender Einigkeit in der Zentrumskonferenz entscheidet die jeweils zuständige Geschäftsführung; betrifft die Uneinigkeit daher mehrere Standorte, können die Geschäftsführungen jeweils unterschiedlich entscheiden. Da die Zentrumsleitung keine Fachverantwortung hat, muss sie diese Unterschiedlichkeit letztlich hinnehmen.

9.1.4. Gesellschaftsrechtliche Rolle der Gesundheit Nord gGmbH Klinikverbund Bremen

Die Gesundheit Nord gGmbH Klinikverbund Bremen ist eine gemeinnützige Gesellschaft mit dem Ziel der kontinuierlichen und entwicklungsoffenen Verbesserung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der mit ihr verbundenen Krankenhausunternehmen und Einrichtungen.[991] Für die Entwicklung einer dem Gesellschaftsvertrag entsprechenden Unternehmensstrategie und die Organisation ihrer Geschäftstätigkeit sind die Organe der Gesundheit Nord, die Geschäftsführung, der Aufsichtsrat und die Gesellschafterversammlung, im Rahmen ihrer Zuständigkeit eigenverantwortlich.

Die Geschäftsführer der Gesundheit Nord werden durch die Gesellschafterversammlung bestellt und abberufen.[992] Die Vorsitzende des

[991] Vgl. Gesellschaftsvertrag der Gesundheit Nord gGmbH Klinikverbund Bremen, Band 58, S. 192 ff.
[992] § 7 Abs. 4 des Gesellschaftsvertrages.

Aufsichtsrates schließt die Anstellungsverträge mit den Geschäftsführern ab.[993] Gemäß § 7 Abs. 6 des Gesellschaftsvertrages soll die Abgrenzung der Aufgaben der Geschäftsführung der Gesundheit Nord von denen der mit ihr verbundenen Kliniken in einem Konzern-Geschäftsverteilungsplan geregelt werden. Ein solcher Konzern-Geschäftsverteilungsplan wurde dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss nicht vorgelegt.

Die Geschäftsführungsbefugnis der Geschäftsführer der Gesundheit Nord erstreckt sich auf alle Handlungen des gewöhnlichen Betriebes. Für darüber hinausgehende Handlungen bedarf es einer vorherigen Zustimmung des Aufsichtsrates.[994] Für Geschäftsführungshandlungen insbesondere im Zusammenhang mit hochdotierten Personalentscheidungen und der Wahrnehmung der Gesellschafterstellung in den einzelnen Krankenhäuser des Klinikverbundes und der Festlegung der Grundsätze der Geschäftspolitik ist eine Zustimmung der Gesellschafterversammlung erforderlich.[995]

Die Mitglieder des Aufsichtsrates[996] der Gesundheit Nord werden zur Hälfte durch die Stadtgemeinde Bremen entsandt; die andere Hälfte besteht aus Arbeitnehmervertretern. Vorsitzende des Aufsichtsrates ist die für den Bereich Gesundheit zuständige Senatorin. Der Aufsichtsrat hat die Geschäftsführung zu überwachen,[997] er ist in Entscheidungen von grundlegender Bedeutung für das Unternehmen einzubinden.[998] Der Aufsichtsrat ist nicht befugt, der Geschäftsführung Weisungen zu erteilen. Maßnahmen der Geschäftsführung können auch hier dem Aufsichtsrat nicht übertragen werden (§ 111 Abs. 4 S. 1 Aktiengesetz). Kommt die Geschäftsführung einem Rat des Aufsichtsrates nicht nach und drohen der Gesellschaft aus der Nichtbeachtung wesentliche Nachteile, informiert die Aufsichtsratsvorsitzende umgehend die Querschnittseinheit Beteiligungsmanagement bei der Senatorin für Finanzen.[999]

Zum Umgang mit Risikomeldungen führte der kaufmännische Geschäftsführer der Gesundheit Nord, Herr Gmajnic, bei seiner Anhörung aus, die Gesundheit Nord habe

---

[993] § 10 Abs. 2 des Gesellschaftsvertrages.
[994] § 7 Abs. 7 des Gesellschaftsvertrages.
[995] § 7 Abs. 9 des Gesellschaftsvertrages.
[996] § 9 des Gesellschaftsvertrages.
[997] § 10 Abs. 1 des Gesellschaftsvertrages.
[998] § 9 Abs. 1 der Geschäftsordnung für den Aufsichtsrat der Gesundheit Nord gGmbH Klinikverbund Bremen, Band 58, S. 209 ff.
[999] § 9 Abs. 3 der Geschäftsordnung für den Aufsichtsrat.

eine Risikoberichterstattung, die bisher aber sehr ökonomisch geprägt sei. Diese Risikoberichterstattung werde in Zukunft auf qualitative Faktoren ausgeweitet.[1000]

Der Einfluss der Stadtgemeinde Bremen als Gesellschafterin der Gesundheit Nord wird über die Gesellschafterversammlung und den Aufsichtsrat ausgeübt. Eine direkte Einwirkung der Stadtgemeinde Bremen auf die Gesundheit Nord beinhaltet auch § 7 Abs. 10 des Gesellschaftsvertrages. Danach bedarf der jährliche Wirtschaftsplan der Gesellschaft neben der Zustimmung des Aufsichtsrates auch der Zustimmung des Fachressorts sowie der Senatorin für Finanzen.

9.1.4.1. Beteiligungsmanagement

Die Trägerverantwortung über die Gesundheit Nord liegt beim Senat insgesamt, gemäß Handbuch Beteiligungsmanagement aufgeteilt auf die Senatorin für Finanzen (Querschnittseinheit Beteiligungsmanagement) und die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit. Die Aufgabe des dezentralen Beteiligungsmanagements liegt im Fachressort.[1001] Welche Aufgaben davon umfasst sind, ist im Handbuch Beteiligungsmanagement der Freien Hansestadt Bremen aufgeführt. Der Aufgabenzuweisung liegt das Konzept zu Grunde, dass die Budget- und Ressourcenverantwortung gegenüber den zugeordneten Gesellschaften bei dem Fachressort liegt. Hieraus ergeben sich insbesondere folgende Aufgaben:

> *„- Unterstützung der Fachabteilungen, bzw. –referate bei der Wahrnehmung der Fach- und Haushaltsverantwortung gegenüber den zugeordneten Unternehmen,*
>
> *- Definition und Aufstellen von Zielen für die Unternehmen in Abstimmung mit der Fachabteilung / dem Fachreferat (Zielsteuerung), bzw. Unterstützung des Fachreferates/der Fachabteilung bei der Zielsteuerung*
>
> *- Beteiligungs-Controlling über sämtliche steuerungsrelevante Gesellschaften im Zuständigkeitsbereich des jeweiligen Fachressorts*

[1000] Herr Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 18/2521.

[1001] Handbuch Beteiligungsmanagement der Freien Hansestadt Bremen, 2. Auflage Januar 2007, Stand erste Nachlieferung August 2008; abrufbar unter www.finanzen.bremen.de.

(…)

- Mitwirkung bzw. Federführung bei der Erstellung von ressortbezogenen Vorlagen für Senat und Bürgerschaft

- Wahrnehmung der Gesellschaftsrechte entsprechend der in Fach 2 A enthaltenen Verantwortlichkeiten-Matrix

(…).“[1002]

Diese Aufgabe ist in der senatorischen Behörde dem unmittelbar bei der Senatorin angesiedelten Referat 02 „Beteiligungsmanagement, Angelegenheiten der kommunalen Klinika“ übertragen. Wie dessen Leiter, Herr Dr. Gottwald, gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss ausführte, berät und unterstützt das Referat bei der Ausübung der Aufgaben, die sich aus der Gesellschafterstellung der Stadtgemeinde Bremen ergeben.[1003] Gemäß § 9 Abs. 12 des Gesellschaftsvertrages der Gesundheit Nord haben je ein Vertreter des Fachressorts und der Querschnittseinheit Beteiligungsmanagement das Recht, als Gast an Aufsichtsratssitzungen teilzunehmen.

9.1.4.2. Umsetzung

Herr Dr. Gottwald beschrieb gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss einen regen Austausch zwischen der senatorischen Behörde und der Gesundheit Nord. Zu verschiedensten Themen seien Berichte eingeholt worden.[1004] Es hätten monatliche Jour fixe mit der Geschäftsführung der Gesundheit Nord und dem Staatsrat stattgefunden. Ein direkter Kontakt mit den einzelnen Krankenhäusern des Klinikverbundes habe nicht bestanden. Herr Dr. Gottwald formulierte dies wie folgt:

[1002] Handbuch Beteiligungsmanagement der Freien Hansestadt Bremen, Rn 14 f., Band 58, S. 19.
[1003] Herr Dr. Gottwald, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 17/2401 ff.
[1004] Herr Dr. Gottwald, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 17/2403 ff.

> *„Unser Hauptansprechpartner ist die GeNo als Holding, das heißt, wir haben im Wesentlichen den Zugriff auch auf die Klinika über die Holding. Das heißt, wenn es Fragen betreffend der Klinika gibt, dann gehen sie - das war von Anfang so festgelegt - letztlich über die GeNo-Geschäftsführung, sodass direkte Kontakte zu den Klinika einmal informeller Art existieren, aber immer dann, sagen wir einmal, wenn es Anfragen gibt, von wo auch immer, ob sie aus dem politischen Raum oder sonst woher kam, geht es über die GeNo-Geschäftsführung. Das war von Anfang an die Arbeitsgrundlage.“*[1005]

Herr Dr. Hansen führte zur Zusammenarbeit der Geschäftsführung der Gesundheit Nord mit der senatorischen Behörde aus, es habe seit 2008 ein monatliches sogenanntes Beteiligungscontrollinggespräch mit den Mitarbeitern des Beteiligungscontrollings gegeben, das der Staatsrat für Gesundheit geleitet habe. In diesen Gesprächen seien ausführlich die verschiedensten aktuellen Aspekte der Entwicklung der Gesundheit Nord und der einzelnen Krankenhäuser des Klinikverbundes diskutiert worden. Darüber hinaus habe es mit dem ehemaligen Herrn Staatsrat Dr. Schulte-Sasse und auch mit Herrn Staatsrat Dr. Schuster wöchentlich oder zweiwöchentlich einen Jour fixe gegeben, zu dem sich nur der Staatsrat und die Geschäftsführung der Gesundheit Nord getroffen hätten, um aktuelle Themen und Probleme zu erörtern. Darüber hinaus habe es immer auch spontane Kontakte bei besonderen Vorkommnissen gegeben.[1006]

Der ehemalige Staatsrat Herr Dr. Schulte-Sasse schilderte das Verhältnis zwischen den einzelnen Kliniken, der Gesundheit Nord und der Ressortspitze nach seiner Praxis wie folgt:

> *„Deshalb ist es für mich eigentlich immer sehr wichtig gewesen, dass klar ist, welche Verantwortung die Geschäftsführungen vor Ort haben. Sie können nicht mit dem Finger auf die GeNo-Geschäftsführung zeigen und sagen, die machen ja alles. Sie müssen ihre Verantwortung wahrnehmen. Sie bekommen Geld dafür, sie haben*

[1005] Herr Dr. Gottwald, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 17/2406.
[1006] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1203 f.

einen Arbeitsvertrag, sie haben eine Berichtspflicht. Wenn sie den Eindruck haben, die GeNo greife zu stark und über die Maßen in ihre Zuständigkeiten ein, dann sind sie verpflichtet, das im zuständigen Aufsichtsrat zu thematisieren und einen Beschluss des Aufsichtsrats herbeizuführen, sonst laufen sie doch selbst in eine auch rechtliche Gefahr der Verantwortung, die am Ende ja eigentlich fürchterlich ist. Für mich war es dann auch immer entscheidend, dass die Verantwortung, die wir als Behörde zu tragen haben, klar abgegrenzt wird von der Verantwortung, die bei der GeNo-Geschäftsführung liegt.

Ich habe dann in Entscheidungen oder auch Diskussionen der GeNo-Geschäftsführung eingegriffen, wenn ich das für die weitere Entwicklung für wichtig und unabwendbar gehalten habe, aber da haben wir übrigens auch bei uns im Haus immer wieder diskutiert, auch in der Leitung: Müssen wir jetzt schon, oder sollen wir jetzt nicht? Da hat es auch bei uns unterschiedliche Meinungen gegeben, ob man soll oder nicht, aber wir haben uns am Ende auch immer darauf verständigt, auch bei uns in der Leitung.“[1007]

9.2. Behörden

Möglichkeiten zur Einflussnahme auf die Kliniken der Gesundheit Nord bestehen außerhalb der gesellschaftsrechtlichen Organe über das öffentliche Gesundheitswesen. Das öffentliche Gesundheitswesen wird im Wesentlichen durch die senatorische Behörde und die Gesundheitsämter Bremen und Bremerhaven wahrgenommen.

9.2.1. Senat und für Gesundheit zuständiges Senatsmitglied

Nach Art. 118 Abs. 1 S. 1 BremLV führt der Senat die Verwaltung nach den Gesetzen und den von der Bürgerschaft gegebenen Richtlinien. Die Mitglieder des Senats tragen nach einer vom Senat zu beschließenden Geschäftsverteilung die Verantwortung für

[1007] Herr Staatsrat Dr. Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 19/2729.

die einzelnen Verwaltungsbehörden und Ämter.[1008] Jedes Mitglied des Senats übernimmt für sein Ressort die Verantwortung.[1009] Dies beinhaltet im Bereich des Untersuchungsgegenstands die alleinige Geschäftsleitungsgewalt, die Personalhoheit und die Organisationsgewalt über den Bereich Gesundheit in der senatorischen Behörde und über die nachgeordneten öffentlichen Einrichtungen, hier das Gesundheitsamt.

In dem zu untersuchenden Zeitraum, der aufgrund der Erweiterung des Untersuchungsauftrages durch den Beschluss der Bremischen Bürgerschaft (Landtag) vom 23. Februar 2012 (Drs. 18/274) im Jahr 2005 beginnt, waren als Mitglieder des Senats zunächst Frau Senatorin Röpke (SPD), sodann seit dem 2. November 2006 Frau Senatorin Rosenkötter (SPD) und seit dem 6. Juli 2012 Frau Senatorin Jürgens-Pieper (SPD) für den Bereich Gesundheit zuständige Senatsmitglieder. Ihre Vertreter im Amt waren zunächst Herr Staatsrat Dr. Knigge, dann seit dem 1. September 2007 Herr Staatsrat Dr. Schulte-Sasse und seit dem 12. Juni 2012 Herr Staatsrat Dr. Schuster.

Solange die kommunalen Kliniken als nachgeordnete Dienststellen in Form von Anstalten oder Eigenbetrieben organisiert waren, umfasste die Ressortverantwortung des zuständigen Senatsmitglieds auch die Kliniken selbst.

Seit der Privatisierung der Kliniken zum 1. Januar 2004[1010] und ihrer Überführung in gemeinnützige Gesellschaften mit beschränkter Haftung (gGmbH) werden Trägereigenschaften der Stadtgemeinde Bremen über die ebenso organisierten Holding vermittelt.

Der ehemalige Staatsrat Herr Dr. Schulte-Sasse äußerte sich vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss zum Thema Fachaufsicht folgendermaßen:

> *„Deshalb tendiere ich eher dazu, das Instrument der Fachaufsicht so zu definieren, dass man den Verantwortungsbereich der Geschäftsführungen*

[1008] Art. 121 Abs. 1 S. 1 BremLV.
[1009] Neumann, Verfassung der Freien Hansestadt Bremen, Stuttgart u.a., 1. Aufl., 1996, Art. 120, Rn. 3.
[1010] Siehe Krankenhausunternehmens-Ortsgesetz - KHUG - vom 8. April 2003, Brem.GBl. S. 175.

nicht unnötig einschränkt und sich ausschließlich auf die gegebenenfalls auch globaleren Parameter konzentriert, die aus der Sicht des Trägers für die Entwicklung wirklich von zentraler und entscheidender Bedeutung sind, und sich im Übrigen darauf verlässt, wenn es in irgendwelchen anderen Bereichen nicht gut läuft, dass man es schon erfährt und es dann auch außerhalb der systematischen Aufsicht zu einem Aufsichtsthema machen kann. Das kann ich ja schließlich selbst definieren. Kein Geschäftsführer kann mir sagen, Sie dürfen mich in dieser Frage nicht beaufsichtigen, das steht ihm gar nicht zu. Davon haben wir natürlich auch Gebrauch gemacht.“[1011]

In seiner zweiten Anhörung am 5. Oktober 2012 präzisierte er diese Aussage dahingehend, dass diese Ausführungen sich auf seine Rolle als Gesellschafter bezogen hätten:

„ … Das ist eine völlig andere fachliche Steuerung, das ist keine Aufsichtsfunktion in dem Sinne, also im fachaufsichtlichen Sinne, wie es die Behörde betrifft, sondern es ist auch eine - das ist ein unscharfer Begriff, das gebe ich gern zu - fachliche Steuerung der GeNo durch den Vertreter des Gesellschafters.“[1012]

und führte weiter aus

„… Nun, bei der Frage der Aufsichtsratsfunktion in den Kliniken: Ich sehe natürlich, unabhängig davon, ob die Senatorin Aufsichtsratsvorsitzende der GeNo oder Herr Staatsrat Schuster Aufsichtsratsvorsitzender der vier Kliniken ist, auch wenn sie das jeweils nicht wären, die Notwendigkeit, dass der Träger der kommunalen Kliniken, also die Stadtgemeinde Bremen, die eigene Einrichtung steuert. Es kann ja nicht sein, dass die privat-rechtliche Konstitution der kommunalen Kliniken dazu führt, dass die Geschäftsführungen dieser Kliniken unabhängig vom Willen des Trägers machen können, was sie wollen.

[1011] Herr Staatsrat Dr. Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 19/2649.
[1012] Herr Staatsrat Dr. Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 33/4870 f.

Diese Steuerung der Kliniken durch den Träger geschieht natürlich über die Instrumente, die der Träger hat. Wenn der Senat feststellt, dass das zuständige fachliche Ressort das Gesundheitsressort ist und dass deshalb die fachpolitische Steuerung der GeNo-Kliniken durch das Gesundheitsressort, durch das Personal im Gesundheitsressort, zu geschehen hat, dann ist das eine Selbstverständlichkeit. Durch wen denn sonst? Das ist der Grund, warum ich, als ich hier nach Bremen kam, mich auch als erstes um die Frage gekümmert habe, wie denn diese Steuerung in Bremen aussieht, wie sie strukturiert und aufgebaut ist.“[1013]

Frau Senatorin Jürgens-Pieper äußerte gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss, dass weder die Gesundheit Nord noch die Krankenhäuser des Klinikverbundes seit deren Überführung in gemeinnützige Gesellschaften mit beschränkter Haftung einer behördlichen Fachaufsicht unterlägen.[1014] Die Fachaufsicht betreffe die Recht- und Zweckmäßigkeit des Verwaltungshandelns. Hierbei gehe es unter anderem um die Einheitlichkeit der Rechtsanwendung, Ermessenslenkung, die Qualität der Auftragserfüllung, die Wirtschaftlichkeit und die Gewährleistung transparenter Entscheidungs- und Verwaltungsabläufe. Die Fachaufsicht werde in einer hierarchisch aufgebauten Verwaltungsorganisation für die eigene Verwaltung und für die nachgeordneten Behörden ausgeübt. Die Gesundheit Nord und die Krankenhäuser des Klinikverbundes seien als gemeinnützige Gesellschaften mit beschränkter Haftung keine nachgeordneten Behörden. Das schließe das GmbH-Recht und das Aktienrecht aus.[1015]

Vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss hat Senatorin Jürgens-Pieper ihren Einfluss auf die Geschäftsführung der Gesundheit Nord und der Kliniken wie folgt beschrieben:

„Erstens, manche, die diskutieren, vergessen, dass die vier kommunalen Kliniken nicht mehr als städtische Eigenbetriebe geführt werden, sondern aufgrund politischer Entscheidungen als eigenständige Gesellschaften mit einer ebenfalls eigenständigen Holding als Rahmen. Ich habe weder als Senatorin noch als

[1013] Herr Staatsrat Dr. Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 33/4874.
[1014] Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4481.
[1015] Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4622.

> *Vorsitzende des Aufsichtsrates der Gesundheit Nord das Recht, diesen Leitungen Anweisungen zu erteilen. Weder in meinem Senatorenamt noch in meiner Funktion als Vorsitzende des Aufsichtsrates der Gesundheit Nord nehme ich eine Fachaufsicht über die Kliniken oder deren Holding wahr.“*[1016]

Weiter hob Senatorin Jürgens-Pieper hervor, als Aufsichtsratsvorsitzende des Klinikverbundes sei sie für die Überwachung und Beratung der Geschäftsführung des Klinikverbunds zuständig, nicht jedoch für die Geschäftsführungen in den Krankenhäusern.[1017] Für deren Überwachung und Beratung seien die jeweiligen Aufsichtsräte der Krankenhäuser des Klinikverbundes zuständig.[1018] Gegenstand der Überwachung durch den Aufsichtsrat sei die Ordnungsmäßigkeit, die Zweckmäßigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Geschäftsführungen. Hierzu gehöre die Prüfung, ob sich die Holding im Rahmen ihrer satzungsmäßigen Aufgaben betätige, die maßgebenden Bestimmungen beachte, und ob das Geschäft mit der Sorgfalt eines ordentlichen und gewissenhaften Geschäftsführers wirtschaftlich sparsam geführt werde.[1019] Eine unmittelbare Einflussmöglichkeit des Aufsichtsrates bestehe nur für die in der Satzung geregelten zustimmungspflichtigen Geschäfte, wie zum Beispiel den Erwerb oder die Veräußerung, die Beendigung von Beteiligungen oder die Beschlussfassung über den Wirtschaftsplan. Als Aufsichtsratsvorsitzende könne sie zudem die Geschäftsführer der Holding bestellen und entlassen, wenn entsprechende Gründe vorliegen. Sie könne aber auf der Grundlage des Gesellschaftsrechts nicht unmittelbar in das operative Geschäft der Holding oder der einzelnen Kliniken eingreifen.[1020] Sowohl in ihrer Funktion als Senatorin als auch als Aufsichtsratsvorsitzende sei sie dem Wohl der Bürger, als Aufsichtsrätin konkret der Patientinnen und Patienten, verpflichtet. Dies umso mehr, als die Holding eine gemeinnützige Gesellschaft sei, also nicht mit Gewinnerzielungsabsicht arbeite.[1021]

[1016] Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4481.
[1017] Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4483.
[1018] Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4484.

[1019] Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4483.

[1020] Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4483.

Herr Staatsrat Dr. Schuster stellte dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss dar, dass er seine Aufgabe darin sehe, „Interessen in der Gesundheitspolitik und Problemstellungen wahrzunehmen, diese so zum Ausgleich zu bringen, um daraus ein politisches Konzept zu entwickeln und dieses in Verwaltungshandeln umzusetzen“, fachliche Expertise heranzuziehen, ohne sie selber haben zu müssen, Diskussionen zu führen und zu kommunizieren, „um ein Bild zu gewinnen und, was die Politik am Ende zu entscheiden hat, entscheiden zu können, nämlich die Abwägung verschiedener Interessen und die Reaktion auf Problemlagen“.[1022] Seine Funktion sieht Herr Staatsrat Dr. Schuster daher vornehmlich als eine politische an, nicht als eine eines auch direkt in die Fachaufgaben des Ressorts eingebundenen Verwaltungsleiters, der die politischen Entscheidungen der Senatorin nur umsetzt.

9.2.2. Abteilung „Gesundheit“Die Verwaltung des Geschäftsbereichs Gesundheit in der senatorischen Behörde für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit obliegt der Abteilung 4 „Gesundheit“. Sie stand seit Beginn des Untersuchungszeitraums 2005 bis zu seinem Ausscheiden zum 1. Februar 2012, Arbeitsbeendigung schon vor dem 24. Dezember 2011,[1023] unter der Leitung von Herrn Dr. Gruhl. Die Neubesetzung erfolgte zum 1. Oktober 2012.

Eine allgemeine Fachaufsicht über die kommunalen Kliniken, die vormals aus der Rolle der Stadtgemeinde Bremen als Klinikträger erwuchs, besteht in der Abteilung 4 nicht mehr. Sie nimmt insoweit lediglich die Überwachungsaufgaben wahr, die sich aus den gesetzlichen Vorschriften für alle Krankenhäuser ergeben. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hat sich bei seinen Untersuchungen daher nur mit den spezifischen Überwachungsaufgaben über bestimmte Tätigkeiten der Kliniken in den Referaten 43 und 44 befasst.

Im Referat 43 ist der Infektionsschutzreferent, Herr Christelsohn, für das Impfwesen, den Infektionsschutz und das Infektionsschutzgesetz, MRSA, den Infektionsalarm- und Influenzapandemieplan und die Aufsicht über die Rechtsmedizin und das Leichenwesen zuständig. Das Referat 43 ist auch die Einheit, an die durch das Gesundheitsamt und das dort verortete Landeskompetenzzentrum Keimausbrüche in

---

[1022] Herr Staatsrat Dr. Schuster, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahmen, 22/3092.
[1023] Herr Dr. Gruhl, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 14/1891.

Bremen gemeldet werden.[1024] Im Referat 44 ist der Pharmaziereferent, Herr Stork-Beimfohr, zuständig für Arzneimittel, Apotheken, einschließlich der Krankenhausapotheke des Klinikums Bremen-Mitte, und Medizinprodukte sowie für den Vollzug des Apotheken-, Arzneimittel-, Betäubungsmittel-, Gewerbe-, Heilmittelgewerbe-, Medizinprodukte- und Transfusionsgesetzes im Land Bremen.

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hat bei seinen Anhörungen festgestellt, dass in der Abteilung 4 seit dem Weggang des Abteilungsleiters Herrn Dr. Gruhl zum Februar 2012 der Referatsleiter 43, Dr. Götz, der einzige verbliebene Humanmediziner ist. Auch auf der Leitungsebene des Ressorts ist mit dem Wechsel von Herrn Staatsrat Dr. Schulte-Sasse auf Herrn Staatsrat Dr. Schuster zu Beginn der 18. Wahlperiode im Sommer 2011 kein Mediziner mehr für den Bereich Gesundheit zuständig. Schließlich verfügt der für Infektionsschutz zuständige Referent, Herr Christelsohn, anders als sein Vorgänger Herr Dr. Nettesheim, nicht über eine medizinische Ausbildung. Herr Christelsohn hatte dies vor und erneut nach der Übernahme dieser Aufgabe 2009 in einem Schreiben an Herrn Dr. Götz vom 17. November 2009 schriftlich angemerkt und erklärt, die Aufgabe der Aufsicht über die Krankenhausbetriebe hinsichtlich der Krankenhaushygiene wie auch andere Aufgaben der Fachaufsicht über medizinisch tätige Institutionen gemäß Geschäftsverteilungsplan[1025] aus diesem Grunde nicht vollumfänglich ausfüllen zu können.[1026] Herr Dr. Gruhl und Herr Dr. Götz erläuterten dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss dazu, dass relevant für die Aufgabe als Infektionsschutzreferent nicht die medizinische Ausbildung sei, sondern die Möglichkeit, medizinischen Sachverstand heranzuziehen.[1027] Dies sei mit Herrn Dr. Götz, Herrn Dr. Gruhl und Herrn Staatsrat Dr. Schulte-Sasse im Gesundheitsressort und Herrn Dr. Wunderle sowie Frau Dr. Offenhäuser im Gesundheitsamt auch tatsächlich gewährleistet gewesen.[1028] Es ist gleichwohl beabsichtigt, den Geschäftsverteilungsplan zu ändern und die ärztlichen Aufgaben auf Herrn Dr. Götz zu

---

[1024] Siehe unter „8.3.3.2 Übermittlung durch das Gesundheitsamt“ und „9.2.3.1. Landeskompetenzzentrum für Infektionskrankheiten“.

[1025] Geschäftsverteilungsplan Stand 11/2007, Band 59, S. 69.

[1026] Herr Christelsohn, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 14/1833 f.; Dienstliche Erklärung zum Geschäftsverteilungsplan, Band 58, S. 306 f.

[1027] Herr Dr. Gruhl, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 14/1908; Herr Dr. Götz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2852.

[1028] Herr Christelsohn, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 14/1834; 14/1858; Herr Zimmermann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 12/1381.

übertragen.[1029] Dies entspricht nach Angaben von Herrn Dr. Götz der tatsächlichen Arbeitsteilung seit 2008.[1030]

Aus den Aussagen von Herrn Christelsohn und Herrn Dr. Gruhl zu den dem Infektionsschutzreferenten zugeordneten medizinischen Aufgaben hat der parlamentarische Untersuchungsausschuss entnommen, dass für eine Vielzahl der Fachaufgaben der Abteilung Gesundheit medizinischer Sachverstand mindestens in ausreichendem Maß schnell verfügbar sein muss. Durch den Weggang von Herrn Dr. Schulte-Sasse, dem ehemaligen Staatsrat, und Herrn Dr. Gruhl ist insoweit jedoch eine relevante Vakanz im Gesundheitsressort entstanden,[1031] die zur Überzeugung des parlamentarischen Untersuchungsausschusses Auswirkungen auf eine fachgerechte Aufgabenwahrnehmung hat. Um den humanmedizinischen Kompetenzverlust in der Abteilung zu kompensieren, ist auf Referatsebene zu gewährleisten, dass dort, wo eine humanmedizinisch fachliche Aufsicht wahrzunehmen ist, die Referatsleiter entsprechend qualifiziert sind. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hält deshalb die Erhöhung des humanmedizinischen Sachverstandes in der Abteilung 4 für geboten. Das Personal ist unter Berücksichtigung der neu zuzuweisenden Kompetenzen um mindestens eine Stelle aufzustocken.

9.2.3. Gesundheitsamt Bremen

Das Gesundheitsamt Bremen ist eine nachgeordnete Dienststelle der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit. Es ist Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Bremen und nimmt die ihm zugewiesenen Aufgaben nach dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst in der Stadtgemeinde Bremen wahr. Es steht unter der Leitung von Herrn Zimmermann und besteht aus fünf Abteilungen, in denen relativ kleine und hoch spezialisierte Arbeitseinheiten die Aufgaben des Gesundheitsamtes, die ganz unterschiedliche berufliche Kompetenzen erfordern, bearbeiten.[1032] Die für den Untersuchungsgegenstand des parlamentarischen Untersuchungsausschusses relevante Abteilung 3, Gesundheit und Umwelt, unter der Leitung von Herrn Dr. Dullin beinhaltet unter anderem das Referat 30,

---

[1029] Herr Dr. Götz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2854; Herr Christelsohn, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 14/1842.

[1030] Herr Dr. Götz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2870.

[1031] Herr Staatsrat Dr. Schuster, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahmen, 22/3089.

[1032] Herr Zimmermann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahmen, 12/1346.

Infektionsepidemiologie, unter der Leitung von Herrn Dr. Wunderle mit zwölf weiteren Beschäftigten.[1033]

Die gesetzliche Grundlage für die Aufgaben des Referats 30 liegt bundesrechtlich im Infektionsschutzgesetz des Bundes und landesrechtlich im bremischen Gesundheitsdienstgesetz. Dort ist in § 22 Abs. 1 den Gesundheitsämtern die Landesaufgabe der Infektionshygiene als Auftragsangelegenheit unter der Aufsicht der Senatorin für Gesundheit[1034] übertragen. Die Gesundheitsämter überwachen nach § 25 Gesundheitsdienstgesetz auch die Einhaltung der Anforderungen der Hygiene in Einrichtungen, bei denen aufgrund der vorliegenden Erkenntnisse ein besonderes Hygienerisiko besteht, mithin also auch in Krankenhäusern. In § 25 Abs. 2 heißt es hierzu:

> *„Bei der Überwachung der Hygiene in den in Absatz 1 genannten Einrichtungen wirken die Gesundheitsämter auch auf die Herstellung von strukturellen, organisatorischen und personellen Voraussetzungen für hygienisches Handeln hin, um gesundheitsgerechte Bedingungen zu fördern. Die Gesundheitsämter sind insbesondere bei der Bauplanung für Gemeinschaftseinrichtungen und Praxen zu beteiligen.“*

Der Leiter des Gesundheitsamtes, Herr Zimmermann, erläuterte dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss ebenso wie Herr Staatsrat Dr. Schuster, dass Routineaufgaben wie die in § 25 Gesundheitsdienstgesetz vorgesehene gesundheitliche Überwachung von Krankenhäusern durch Begehungen in den vergangenen Jahren in einem aus Sicht des Ressorts und des Gesundheitsamtes zu geringen Maße wahrgenommen werden konnten.[1035] So wurden in den Jahren 2009 und 2010 lediglich insgesamt fünf Begehungen von Krankenhäusern durchgeführt.[1036] Dies war nach Aussage von Herrn Dr. Götz auch im Ressort bekannt.[1037]

[1033] Übersicht, Stand: 11. November 2011, Band 7, S. 4.

[1034] § 5 Abs. 2 Gesundheitsdienstgesetz.

[1035] Herr Zimmermann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahmen, 12/1403; Herr Staatsrat Dr. Schuster, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahmen, 22/3003.

[1036] E-Mail von Herrn Christelsohn, Band 43, S. 341.

[1037] Herr Dr. Götz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2867 f.

Herr Christelsohn äußert sich bezüglich des vom Gesundheitsamt Bremen vorgelegten Leistungsberichtes 2010 in einer E-Mail vom 7. Juni 2011 an Herr Dr. Götz:

> *„ … Hinsichtlich der Begehungen speziell der medizinischen Einrichtungen wiederhole ich meine Bedenken, die ich bereits zum Leistungsbericht 2009 deutlich gemacht habe. M.E. wird der Begehung der KH im brem. Stadtgebiet nicht ausreichend Aufmerksamkeit geschenkt.*
>
> *Anmerkung: Mir liegt als MA des GA der detaillierte Leistungsbericht der Abt. 3 vor. Hieraus geht hervor, dass in 2010 nur 3 (!) (2009=2) Krankenhäuser begangen wurden. Insgesamt wurden in den vergangenen Jahren nur 5 Begehungen in brem. KH durchgeführt. Auch wenn das GA einen sehr guten Ansatz in der Präventionsarbeit beim IfSchutz mit den KH pflegt (Vorträge, telef. Beratung, bedarfsorientierte Treffen) so halte ich es für wichtig, dass die KH jährlich einmal begangen werden. Ich glaube, dass eine derartige Praxis auch die Tätigkeit der Hygienefachkräfte, die es gegenüber der KH-Leitungsebene nicht immer so einfach haben, unterstützen würde. …“*[1038]

Bereits 2010 habe Herr Dr. Gruhl dies gegenüber Herrn Zimmermann thematisiert.[1039] Als Ursache wurde dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss eine für die Bearbeitung der Routineaufgaben und der in den letzten Jahren aufgetretenen Arbeitsanfälle durch EHEC, Schweinegrippe und Vogelgrippe sowie weitere zusätzlich übertragene Aufgaben zu geringe Personaldecke dargestellt, die durch das Ausscheiden einer intern durch einen bisherigen Gesundheitsaufseher zu ersetzenden Mitarbeiterin aus der Tuberkuloseüberwachung 2011 noch verstärkt worden sei.[1040] Dadurch seien die Routineaufgaben „hinten runter gefallen“.[1041] Seit September 2011 war die knappe Personalbesetzung im Gesundheitsamt Gegenstand einer Überprüfung in der senatorischen Behörde.[1042] Herr Dr. Götz führte dazu aus, er wisse nicht, ob Herr Dr. Gruhl die Problematik der Krankenhausbegehungen der vorherigen und der neuen politischen Ressortleitung weitergegeben habe.[1043] Möglicherweise sei diese

---

[1038] E-Mail von Herrn Christelsohn vom 7. Juni 2011 an Herrn Dr. Götz, Band 43, S. 341.
[1039] Herr Dr. Götz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2867.
[1040] Herr Dr. Dullin, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahmen, 12/1458.
[1041] Herr Dr. Götz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2869.
[1042] Herr Staatsrat Dr. Schuster, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahmen, 22/3045 und 22/3120.
[1043] Herr Dr. Götz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2868.

Information in der Ressortführung durch den Wechsel der Ressortzuständigkeit zur 18. Wahlperiode verloren gegangen.

Bei der Überwachung der Hygiene sollen die Gesundheitsämter nach § 25 Abs. 2 Gesundheitsdienstgesetz auf die Herstellung von strukturellen, organisatorischen und personellen Voraussetzungen für hygienisches Handeln hinwirken. Diese Aufgabe erschöpft sich nicht in der Durchführung von Krankenhausbegehungen, denn diese erfassen organisatorische und personelle Voraussetzungen hygienischen Handelns nicht. Krankenhausbegehungen betreffen vielmehr lediglich punktuell einen Vergleich des hygienischen Ist-Zustandes mit dem Soll-Zustand.

Hinsichtlich des Fachpersonals für Hygiene ist festgestellt worden, dass der am Klinikum Bremen-Mitte seit 2007 tätige Krankenhaushygieniker nach der in Bremen geltenden Rechtslage nicht über die ausreichende berufliche Qualifikation verfügte.

Ferner konnte festgestellt werden, dass die Zuständigkeit des Krankenhaushygienikers für sämtliche Krankenhäuser der Gesundheit Nord nicht KRINKO-konform war und dementsprechend nicht dem gebotenen hygienischen Standard entsprach.[1044] Es ist nicht feststellbar, dass das Gesundheitsamt insoweit Erkenntnisse gesammelt und Bemühungen entfaltet hat, das Klinikum Bremen-Mitte zur entsprechenden Aufstockung des Personals zu veranlassen. Auf die Frage, ob und wie das Referat Infektionsepidemiologie in die Überwachung der Einhaltung von Hygienevorschriften in den bremischen Krankenhäusern eingebunden ist, antwortete Herr Dr. Wunderle:

> *„Wir machen Begehungen in den Krankenhäusern, wobei man sagen muss, dass es in den letzten Jahren schwierig geworden ist, weil wir immer in anderer Weise Ausbrüche hatten, wie zum Beispiel EHEC letztes Jahr. Wir machen aber in den Krankenhäusern Routinebegehungen, und wenn es Anlässe gibt wie Ausbrüche, auch hier in diesem Keimskandal oder letztes Jahr auf derselben Station - Frau Offenhäuser kommt ja später noch, da war ein MRSA-Problem auf dieser Station -, dann würden wir auch immer sofort hingehen, eine Begehung machen und uns das vor Ort anschauen. Das Problem ist, dass wir im Bereich Krankenhaushygiene sehr schlecht*

[1044] Siehe unter „5.2.1.1. Rechtliche Vorgaben“.

> *besetzt sind und letztendlich nicht die Möglichkeit hatten, in den letzten Jahren regelmäßig, so wie wir uns das vorstellen, wirklich alle zwei Jahre jedes Krankenhaus oder jede Abteilung zu besuchen. Das ist gar nicht möglich gewesen.“*[1045]

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss ist der Ansicht, dass trotz derartiger Ereignisse regelmäßige Begehungen durch das Gesundheitsamt stattfinden müssen. Darüber hinaus umfassen die Überwachungsaufgaben des Gesundheitsamtes jedoch insbesondere auch die grundsätzlicheren Fragen der personellen und organisatorischen Voraussetzungen für die Krankenhaushygiene. Auch insoweit muss auf die Einhaltung der Standards hingewirkt werden.[1046] Hierbei ist auch in Hygiene- und Organisationspläne Einsicht zu nehmen. Die Empfehlungen der KRINKO bilden den maßgeblichen Stand der Wissenschaft ab, an dem sich die Überprüfung zu orientieren hat. Ein entsprechendes Rollenverständnis ist beim Gesundheitsamt Bremen nicht vorhanden. Der senatorischen Behörde obliegt es, im Rahmen der Fachaufsicht zu überprüfen, ob die den nachgeordneten Behörden übertragenen Aufgaben erfüllt werden.

Mittlerweile ist vorgesehen, die Krankenhausbegehungen durch das Gesundheitsamt durch ein wesentlich umfangreicheres Hygieneaudit zu ersetzen.[1047] Diese Verpflichtung wurde zwischenzeitlich in § 10 der Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen vom 27. März 2012 festgeschrieben. Hiernach ist vorgesehen, dass sich die Krankenhäuser mindestens alle zwei Jahre einem festgelegten Auditverfahren, das anhand von Checklisten durchgeführt wird, zu unterziehen haben. Hinzukommen zwischenzeitliche Nachkontrollen bei Bedarf.[1048] Die Hygieneaudits und ebenso die eventuell daraus erwachsenen Nachkontrollen sollen für die Krankenhäuser gebührenpflichtig sein. Die Vorbereitungen zur Ausarbeitung von Hygieneaudits haben bereits begonnen.[1049]

Zu Beginn des Jahres 2012 beauftragte die senatorische Behörde den Arzt für Mikrobiologie, Infektionsepidemiologie und Öffentliches Gesundheitswesen Herrn Dr.

[1045] Herr Dr. Wunderle, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 12/1494 f.
[1046] Vgl. § 25 Abs. 2 ÖGDG.
[1047] Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 34/4948.
[1048] Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 34/4948.
[1049] Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 34/4949.

Leidel mit einer Evalutation der krankenhaushygienischen Aufsicht durch die bremischen Gesundheitsämter. Der senatorischen Behörde ging es bei der Beauftragung des Gutachters darum, eine Außenbetrachtung zu erhalten.[1050] Herr Dr. Leidel legte am 21. März 2012 seinen Bericht vor.[1051]

Er schreibt u.a. in Bezug auf die Personalausstattung des entsprechenden Referats des Gesundheitsamtes Bremen den Hinweis:

> *„Es sei mir jedoch der Hinweis gestattet, dass angesichts der vielfältigen Aufgaben des Referatsleiters und seiner Vertreterin die personellen Ressourcen sehr knapp bemessen sind.*[1052]
>
> …
>
> *Angesichts der Bedeutung, die der Krankenhaushygiene und besonders der Vermeidung nosokomialer Infektionen zukommt, möchte ich empfehlen zu prüfen, ob die hierfür vorhandenen personellen Ressourcen verstärkt werden können.“*[1053]

Hinsichtlich der Personalausstattung des zuständigen Sachbereichs des Gesundheitsamtes Bremerhaven äußert er sich folgendermaßen:

> *„Was über die knappe personelle Situation in Bremen gesagt wurde, gilt in Bremerhaven mindestens in gleichem Maße.“*[1054]

Herr Zimmermann gab an, er habe gegenüber der senatorischen Behörde deutlich gemacht, für die neuen Aufgaben 2,5 Stellen im Bereich des Infektionsschutzes zusätzlich zu benötigen. Diese setzten sich aus einem Nachholbedarf und aus einem Bedarf für erwartete künftige Aufgaben zusammen.[1055] Als hausinterne Maßnahme habe er zunächst veranlasst, zur Aushilfe auf der Ebene der Gesundheitsaufseher eine

---

[1050] Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4527.

[1051] Bericht über die Prüfung der krankenhaushygienischen Aufsicht durch die bremischen Gesundheitsämter des Herrn Dr. Jan Leidel.

[1052] Bericht über die Prüfung der krankenhaushygienischen Aufsicht durch die bremischen Gesundheitsämter des Herrn Dr. Jan Leidel, S. 13.

[1053] Bericht über die Prüfung der krankenhaushygienischen Aufsicht durch die bremischen Gesundheitsämter des Herrn Dr. Jan Leidel, S. 22.

[1054] Bericht über die Prüfung der krankenhaushygienischen Aufsicht durch die bremischen Gesundheitsämter des Herrn Dr. Jan Leidel, S. 23.

[1055] Herr Zimmermann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahmen, 12/1404 f.

Prophylaxehelferin aus dem jugendzahnärztlichen Dienst mit voller Stelle dorthin zu versetzen.[1056] Dem Gesundheitsamt sind mittlerweile 1,75 Arztstellen und 2 Stellen für Gesundheitsaufseher zugewiesen worden, die ausgeschrieben werden können.[1057] Zu prüfen ist, ob mit dieser Aufstockung die zugewiesenen Aufgaben erfüllt werden können.

9.2.3.1. Landeskompetenzzentrum für Infektionskrankheiten

Nach § 11 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz hat das Gesundheitsamt einen ihm gemeldeten Ausbruch spätestens am dritten Arbeitstag der folgenden Woche an die zuständige Landesbehörde zu übermitteln; von dort hat innerhalb einer Woche eine Übermittlung an das Robert Koch-Institut zu erfolgen. Gemäß § 54 Infektionsschutzgesetz ist die zuständige Landesbehörde nach dem Infektionsschutzgesetz von der Landesregierung durch Rechtsverordnung zu bestimmen. Entsprechend erließ der Senat am 3. Juli 2001 die Verordnung über die zuständigen Behörden nach dem Infektionsschutzgesetz.[1058] § 3 Abs. 2 bestimmt hier als zuständige Landesbehörde im Sinne des § 11 Abs. 1 bis 3 Infektionsschutzgesetz die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit.

Im Land Bremen erfolgte die Sammlung und Übermittlung von Informationen über Infektionskrankheiten, die das Gesundheitsamt erreichen, tatsächlich nicht durch eine Landesbehörde, sondern durch das beim Gesundheitsamt angesiedelte „Landeskompetenzzentrum für Infektionskrankheiten“ (Referat 30, Abteilung 3). Herr Dr. Gruhl erläuterte als Hintergrund gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss, dass im Land Bremen 80 oder 90 Prozent der Meldungen aus dem Gesundheitsamt Bremen gekommen seien. Deshalb habe man diese Landesaufgabe mit Einverständnis der Gesundheitsämter Bremen und Bremerhaven an das Gesundheitsamt Bremen delegiert.[1059] Dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss wurde lediglich ein Schreiben des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales vom 27. Juli 2000 vorgelegt, in dem das Gesundheitsamt gebeten wurde, die Aufgaben eines Landeskompetenzzentrums für

---

[1056] Herr Zimmermann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahmen, 12/1406.

[1057] Herr Dr. Götz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3602.

[1058] Infektionsschutz-Zuständigkeitsverordnung, Brem.GBl. S. 235, zuletzt geändert durch § 6 Abs. 2 Infektionsschutz-Zuständigkeitsverordnung vom 28. August 2012, Brem.GBl. S. 382.

[1059] Herr Dr. Gruhl, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 14/1906.

meldepflichtige Krankheiten gemäß Infektionsschutzgesetz zu übernehmen.[1060] Es ist bereits fraglich, ob Kompetenzen durch einen schlichten Schriftwechsel übertragen werden können. Jedenfalls wurde das Schreiben durch die Regelung in der ein Jahr später erlassenen Infektionsschutz-Zuständigkeitsverordnung überholt.[1061] Die Landesaufgabe nach § 11 Infektionsschutzgesetz wurde dem Gesundheitsamt damit nicht entsprechend den gesetzlichen Vorgaben durch die Infektionsschutz-Zuständigkeitsverordnung übertragen.

In Bezug auf die Übermittlung von Daten an das Robert Koch-Institut bestand eine weitere Unklarheit hinsichtlich der Zuständigkeiten dadurch, dass die Infektionsschutz-Zuständigkeitsverordnung auch nach der Änderung vom 24. Januar 2012 die aktuelle Fassung des § 11 Infektionsschutzgesetz nicht berücksichtigte. Zum Zeitpunkt des Erlasses der Infektionsschutz-Zuständigkeitsverordnung im Jahre 2001 hatte § 11 Infektionsschutzgesetz drei Absätze: Absatz 1 betraf die Übermittlung des Auftretens meldepflichtiger Erkrankungen oder Krankheitserreger, Absatz 2 die Meldung von möglichen Impfschäden und Fällen möglicher Infektionen durch Arzneimittel und Absatz 3 die Übermittlung von Daten zur Schaffung eines Netzes für die Überwachung und Kontrolle übertragbarer Krankheiten in der Europäischen Gemeinschaft. Die zuständige Landesbehörde hatte in allen Fällen jeweils die Aufgabe einer Schnittstelle zwischen dem Gesundheitsamt und dem Robert Koch-Institut. Mit der Novellierung des Infektionsschutzgesetzes wurde zum 4. August 2011 der für den Untersuchungsgegenstand einschlägige neue Absatz 2 eingefügt, die übrigen Absätze blieben inhaltlich unverändert. Indem die Infektionsschutz-Zuständigkeitsverordnung in ihrem § 3 Abs. 2 weiterhin nur die Zuständigkeit für die Absätze 1 bis 3 des § 11 Infektionsschutzgesetz regelt und damit nicht auf die Tatsache Bezug nimmt, dass § 11 Infektionsschutzgesetz inzwischen 4 Absätze umfasst, in denen von der „zuständigen Landesbehörde“ gesprochen wird, wird klar, dass sich die Zuständigkeitsverordnung auf die alte Fassung des § 11 Infektionsschutzgesetz bezogen hatte. Nur so macht auch § 4 Abs. 4 der Zuständigkeitsverordnung Sinn, der die zuständige Behörde (im Unterschied zur Landesbehörde) nach § 11 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz bestimmt. Eine „zuständige Behörde“ agiert jedoch nur im alten Absatz 3 des § 11 Infektionsschutzgesetz (jetziger Absatz 4). Nunmehr hat der Senat die Zuständigkeitsverordnung vom 3. Juli 2001 durch die gleichnamige Verordnung über

[1060] Schreiben der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales vom 27. Juli 2000, Band 30, S. 156.

[1061] So auch Herr Staatsrat Professor Stauch, Bericht, Ausbruch von ESBL bildenden Klebsiella pneumoniae im Zentrum für Kinderheilkunde, Klinik Bremen-Mitte im Jahr 2011, Bremen, den 20. Dezember 2011, Band 50, S. 34.

die zuständigen Behörden nach dem Infektionsschutzgesetz vom 28. August 2012 abgelöst.[1062] Gemäß § 3 Abs. 3 ist zuständige Landesbehörde im Sinne des § 11 Abs. 1 bis 4 Infektionsschutzgesetz das Landeskompetenzzentrum „Infektionsepidemiologie“.

Nach den Erkenntnissen des parlamentarischen Untersuchungsausschusses lässt sich nicht ausschließen, dass die senatorische Behörde vom Gesundheitsamt früher über das Ausbruchsgeschehen informiert worden wäre, wenn eine klare Regelung der Zuständigkeit zur Übermittlung nach § 11 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz existiert hätte und diese allen Beteiligten präsent gewesen wäre. Möglicherweise fehlte insoweit die Sensibilität für über die reine Fachlichkeit hinausgehende Fragen im Gesundheitsamt bei der Bearbeitung der Keimvorfälle. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss sieht allerdings keinen Anlass, dies den fachlich zuständigen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen im Gesundheitsamt vorzuhalten. Zu bemängeln sind vielmehr die nicht vorhandene Regelung von Informationswegen und -pflichten durch die senatorische Behörde. Auch fehlte eine strukturierte Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsamt und senatorischer Behörde.

Durch Erlass der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit wurde im September 2012 beim Gesundheitsamt Bremen ein Landeskompetenzzentrum „Infektionsepidemiologie“ errichtet.[1063] Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hält die Übertragung der Meldepflicht nach § 11 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz auf das Landeskompetenzzentrum jedoch nicht für sinnvoll, sondern für eine Verwirrung der Zuständigkeiten. In jedem der Absätze von § 11 Infektionsschutzgesetz ist eine Übermittlung von Daten durch die zuständige Landesbehörde vorgesehen. Für die Absätze 1, 3 und 4 ist über die Infektionsschutz-Zuständigkeitsverordnung eine Zuständigkeit der senatorischen Behörde begründet worden. Das Gesundheitsamt Bremen ist gemäß § 6 Abs. 1 ÖGDG eine kommunale Behörde, so dass ein beim Gesundheitsamt Bremen angesiedeltes Landeskompetenzzentrum nicht den gesetzlichen Anforderungen genügt, wonach die meldepflichtigen Ereignisse an eine Landesbehörde übermittelt werden müssen. Konsequent und für alle Betroffenen nachvollziehbar wäre daher ausschließlich eine Abschaffung der Bezeichnung „Landeskompetenzzentrum“ und eine Zusammenfassung der Zuständigkeiten nach § 11 Infektionsschutzgesetz im Referat 43 der senatorischen Behörde.

[1062] Verordnung über die zuständigen Behörden nach dem Infektionsschutzgesetz vom 28. August 2012, Brem.GBl. S. 382.

[1063] Vorlage für die Sitzung der Gesundheitsdeputation am 25. September 2012, Band 221, S. 28.

9.2.3.2. Zuständigkeit für Schutzmaßnahmen und Bußgeldverfahren nach dem Infektionsschutzgesetz

Der fünfte Abschnitt des Infektionsschutzgesetzes enthält die Ermächtigung zu unterschiedlichsten Maßnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Zum Teil ist in diesen Vorschriften ausdrücklich das Gesundheitsamt als zuständige Behörde genannt. Für Schutzmaßnahmen nach den §§ 28 bis 31 Infektionsschutzgesetz sieht das Gesetz eine Bestimmung der zuständigen Behörde (nicht: der zuständigen Landesbehörde) durch den Landesgesetzgeber vor. Das Gesundheitsamt hat in diesem Bereich lediglich eine Eilzuständigkeit.[1064] Nach der Bremischen Infektionsschutz-Zuständigkeitsverordnung ist im Übrigen das Stadtamt die zuständige Behörde im Sinne des Infektionsschutzgesetzes.[1065]

Diese Zuständigkeitsverteilung wurde jedoch im Rahmen des Ausbruchsgeschehens nicht beachtet. Vielmehr erließ die Anordnung von Schutzmaßnahmen nach § 28 Infektionsschutzgesetz gegenüber dem Klinikum Bremen-Mitte am 2. November 2011 die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit. Auch der Änderungs- und Ergänzungsbescheid vom 7. November 2011 wurde von der senatorischen Behörde erlassen. Damit handelte eine sowohl sachlich als auch instanziell unzuständige Behörde. Die Bescheide waren mithin formell rechtswidrig. Im vorliegenden Fall war dies aufgrund des inhaltlichen Konsenses mit dem Adressaten des Bescheides, dem Klinikum Bremen-Mitte, im Ergebnis nicht schädlich. Grundsätzlich begründet das behördliche Handeln in Unzuständigkeit aber die Gefahr, dass der Adressat des Bescheides sich erfolgreich mit rechtlichen Mitteln zur Wehr setzt, was eine zeitliche Verzögerung der notwendigen Maßnahmen nach sich zieht. Die schnelle Umsetzung der verfügten Maßnahmen beruhte damit auf der Einsicht und Kooperation des Klinikums Bremen-Mitte, nicht auf der formell unanfechtbaren Anordnung.

Herr Staatsrat Dr. Schuster antwortete auf die Frage, ob ihm bei Erlass der Bescheide bekannt gewesen sei, dass die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit in Unzuständigkeit handelte:

[1064] Über die Verweisung in § 28 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz auf § 16 Abs. 7 Infektionsschutzgesetz.

[1065] § 4 Abs. 1 in Verbindung mit § 79 Abs. 2 Bremisches Polizeigesetz.[1066] Herr Staatsrat Dr. Schuster, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 22/3042.

„Nein, man lernt in solchen Prozessen nämlich nie aus. Wir empfanden das auch nicht als besonders dramatisch, denn wir haben es dann - -. Jemand hat es sofort mitbekommen - ich weiß gar nicht, wer das dann gesagt hatte -, wir haben das dann formal auch über das Stadtamt gemacht, denn die Kooperation ist da entsprechend in Ordnung, sodass wir damit kein Problem hatten. Sachlich haben wir darin kein Problem gesehen, denn wir fühlten uns schon für den Infektionsschutz zuständig, nicht für die Verhängung der Auflagen danach, aber für den Infektionsschutz. Deswegen haben wir natürlich gehandelt, ohne uns dazu weitere Gedanken zu machen oder Kenntnis zu haben, ob die formale Zuständigkeit am Ende des Tages auch für den Bescheid bei uns liegt.“[1066]

Neben den Schutzmaßnahmen nach den §§ 28 bis 31 Infektionsschutzgesetz ist das Stadtamt Bremen in der Stadtgemeinde Bremen als Ortspolizeibehörde[1067] für die Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten nach § 73 Infektionsschutzgesetz zuständig. Zu diesen Zuständigkeitsregelungen befragt, gab Frau Senatorin Jürgens-Pieper folgendes an:

„(…). Es ist eine Bündelungsfunktion, die dort im Stadtamt stattfindet, was die Gefahrenabwehr angeht. Ich will nicht verhehlen, dass es sich vielleicht in diesem speziellen Fall nicht direkt anbietet, das Stadtamt sofort einzubeziehen - wir haben es auch, ehrlich gesagt, am Anfang aus dem Auge verloren -, aber es ist dann auch nachgeholt worden, und bei den anderen Fällen, Aufnahmestopps, haben wir das gleich, glaube ich, richtig gut gemacht.

Ich will aber damit sagen, es hat schon auch eine wichtige Funktion, dass auch bei der Gefahrenabwehr eine Bündelungsfunktion da ist. Nehmen Sie einmal andere Infektionswellen, die vielleicht auch dazu führen müssen, dass polizeiliche Einsätze notwendig sind und anderes mehr, manchmal auch Menschen in Quarantäne gesetzt

---

[1066] Herr Staatsrat Dr. Schuster, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 22/3042.

[1067] Nach § 34 der Bremischen Verordnung über die Zuständigkeit für die Verfolgung und Ahnung von Ordnungswidrigkeiten in Verbindung mit § 67 Abs. 2 Nr. 1 Bremisches Polizeigesetz.[1068] Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4523 f.

> *oder irgendwo hingebracht werden müssen, zu Untersuchungen, weil sie sich verweigern, oder auch andere Maßnahmen zur Gefahrenabwehr ergriffen werden müssen! Ich will nicht sagen, dass man es vielleicht auch anders machen könnte, aber ich glaube, es hat auch etwas, und wir müssen es, glaube ich, mit dem Innensenator noch einmal in Ruhe bereden, ob man nicht doch bei der Bündelungsfunktion bleibt.“*[1068]

Festzustellen ist, dass es im Stadtamt an jeglicher Fachlichkeit sowohl für Anordnungen als auch die Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten nach dem Infektionsschutzgesetz fehlt. Die vermeintlich zweckmäßige Bündelungsfunktion kann demgemäß inhaltlich vom Stadtamt nicht ausgefüllt werden. Im Ergebnis ist das Stadtamt auf den Sachverstand des Gesundheitsamtes angewiesen und wird in entsprechenden Fällen zum bloßen Ausführungsorgan. Vor dem Hintergrund der auch sonst weitreichenden Zuweisungen von Kompetenzen beim Infektionsschutz an das Gesundheitsamt, ist es aus Sicht des parlamentarischen Untersuchungsausschusses die allein sinnvolle Lösung die Zuständigkeiten sowohl für Anordnungen als auch die Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten nach dem Infektionsschutzgesetz auf das Gesundheitsamt zu übertragen.

9.2.3.3. Verpflichtung zur fortlaufenden Überarbeitung der Krankenhaushygieneverordnung

Entgegen der Ansicht des Gutachters Herrn Professor Dr. Popp[1069] bestand keine Verpflichtung der senatorischen Behörde, die Krankenhaushygieneverordnung von 1990 in regelmäßigen Abständen zu überarbeiten. Eine solche Verpflichtung ergab sich weder aus Landes- noch aus Bundesrecht.

Die Ermächtigungsgrundlage für den Erlass der Krankenhaushygieneverordnung von 1990 bildete § 6 Abs. 5 des Bremischen Krankenhausfinanzierungsgesetzes.[1070] Die

---

[1068] Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4523 f.

[1069] Sachverständigengutachten von Herrn Professor Dr. Popp im Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Bremen vom 28. August 2012, Band 207, S. 196 ff.

[1070] Bremisches Krankenhausfinanzierungsgesetz (BremKHG) in der Fassung vom 15. Juli 2003 (Brem.GBl. S. 341), aufgehoben mit Wirkung vom 1. Juni 2011 durch § 35 S. 2 Bremisches Krankenhausgesetz vom 12. April 2011 (Brem.GBl. S. 252).

Vorschrift enthielt keine Verpflichtung zur regelmäßigen Überarbeitung der Verordnung. Entsprechend enthielt die Krankenhaushygieneverordnung von 1990 in ihrer ursprünglichen Fassung keine Befristung ihrer Gültigkeitsdauer. Eine solche wurde erst durch das Zweite Gesetz zur Bereinigung des bremischen Rechts vom 21. November 2006[1071] eingefügt.

Eine bundesgesetzliche Verpflichtung zum Erlass einer Hygieneverordnung mit einer Frist bis zum 31. März 2012 gibt es erst seit Inkrafttreten des § 23 Abs. 8 Infektionsschutzgesetz zum 4. August 2011. Zuvor stand den Bundesländern der Erlass verbindlicher Regelungen in diesem Bereich frei. Lediglich sieben Bundesländer hatten eine Krankenhaushygieneverordnung erlassen.[1072]

Andere juristische Ansätze für die von Herrn Professor Dr. Popp angenommene Verpflichtung der senatorischen Behörde sind nicht ersichtlich. Bei seiner Anhörung vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss führte Herr Professor Dr. Popp relativierend aus, zu fragen sei nach dem politischen Gestaltungswillen, dieser habe gefehlt.[1073]

9.2.4. Zusammenfassung

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss konnte keine Verantwortung der öffentlichen Gesundheitsverwaltung im Sinne eines unmittelbaren Ursachenzusammenhangs dafür feststellen, dass die Keime im Klinikum Bremen-Mitte aufgetreten sind.

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hat festgestellt, dass die senatorische Behörde spätestens nach der Neubesetzung der Staatsratsstelle im Sommer 2011 und dem Ausscheiden des Abteilungsleiters für den Bereich Gesundheit Ende 2011 nicht mehr über hinreichenden medizinischen Sachverstand verfügte. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hält deshalb die Erhöhung des humanmedizinischen Sachverstandes in der Abteilung 4 für geboten. Das Personal ist um mindestens eine Stelle zu erhöhen. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss bemängelt, dass

---

[1071] Art. 1 Nr. 46 des Zweiten Gesetzes zur Bereinigung des bremischen Rechts vom 21. November 2006 (Brem.GBl. 457).

[1072] Lorz, NJW 2011, S. 3397, 3340.

[1073] Herr Professor Dr. Popp, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 32/4710 f.

rechtliche Umsetzungsbedarfe in Bezug auf die Festlegung von Zuständigkeiten nach dem Infektionsschutzgesetz in der senatorischen Behörde nicht erkannt und bearbeitet worden.

Konsequent und für alle Betroffenen nachvollziehbar wäre nach Ansicht des parlamentarischen Untersuchungsausschusses eine Abschaffung der Bezeichnung „Landeskompetenzzentrum“ und eine Zusammenfassung der Zuständigkeiten nach § 11 Infektionsschutzgesetz im Referat 43 der senatorischen Behörde.

Vor dem Hintergrund der auch sonst weitreichenden Zuweisungen von Kompetenzen beim Infektionsschutz an das Gesundheitsamt, ist es aus Sicht des parlamentarischen Untersuchungsausschusses die allein sinnvolle Lösung die Zuständigkeiten für Anordnungen nach dem Infektionsschutzgesetz auf das Gesundheitsamt zu übertragen.

Die Personalausstattung des Referats Infektionsepidemiologie ist umfassend zu analysieren und gegebenenfalls anzupassen.

Die Anzahl der regelmäßigen Begehungen durch das Gesundheitsamt ist nach Ansicht des parlamentarischen Untersuchungsausschusses in den zurückliegenden Jahren auf ein nicht akzeptables Maß gesunken. Dieses war auch in der senatorischen Behörde bekannt. Schließlich ist der im Rahmen der Hygieneaufsicht wahrzunehmende Aufgabenumfang durch das Gesundheitsamt Bremen zu eng gefasst worden.

10. Gesetz über das Leichenwesen

Im Rahmen der Untersuchungen stellten sich dem parlamentarischen Untersuchungsauschuss auch rechtsmedizinische Fragen. Thematisiert wurde die Frage einer Pflicht zur Benachrichtigung des Institutes für Rechtsmedizin bei Todesfällen im Zusammenhang mit dem Ausbruch einer nosokomialen Infektion und das Erfordernis der Einführung einer qualifizierten Leichenschau.

10.1. Benachrichtigung an das Institut für Rechtsmedizin

Nach dem Bremischen Gesetz über das Leichenwesen[1074] ist jede menschliche Leiche einer Leichenschau zu unterziehen; Leichenschauärztin bzw. Leichenschauarzt ist in der Regel der Hausarzt, bei Sterbefällen in Krankenhäusern eine dort tätige Ärztin bzw. ein dort tätiger Arzt.[1075] Das Leichenwesengesetz enthält in § 8 Abs. 3 S. 1 eine Meldepflicht an das Institut für Rechtsmedizin[1076] beim Vorhandensein von Anhaltspunkten dafür, dass der Tod in ursächlichem Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen eingetreten ist. Zur Meldung verpflichtet ist jeweils die Leichenschauärztin bzw. der Leichenschauarzt. § 8 Abs. 3 S. 1 Leichenwesengesetz lautet:

> *„Sind Anhaltspunkte dafür vorhanden, dass der Tod in ursächlichem Zusammenhang mit einer Narkose, mit operativen oder anderen therapeutischen oder sonstigen medizinischen Maßnahmen einschließlich Schutzimpfung eingetreten ist, hat der Leichenschauarzt oder die Leichenschauärztin umgehend die zuständige Behörde zu benachrichtigen und ihr die Todesbescheinigung zu übergeben.“*

Es stellte sich für den parlamentarischen Untersuchungsausschuss die Frage, inwieweit bei Todesfällen, die im Zusammenhang mit dem Ausbruch einer nosokomialen Infektion stehen, eine Pflicht zur Benachrichtigung der Instituts für Rechtsmedizin nach § 8 Abs. 3 S. 1 Leichenwesengesetz besteht. Herr Staatsrat

---

[1074] Leichenwesengesetz, vom 1. März 2011, Brem.GBl. S. 87, zuletzt geändert am 24. Januar 2012, Brem.GBl. S. 24.

[1075] § 1, § 4 Abs. 3, § 5 Leichenwesengesetz.

[1076] Dessen Zuständigkeit ergibt sich aus der Bekanntmachung für die nach dem Gesetz über das Leichenwesen zuständigen Behörden vom 10. Juni 1997, Brem.GBl. S. 288, zuletzt geändert am 24. Januar 2012, Brem.GBl. S. 24.

Professor Stauch vertritt in seinem Gutachten[1077] die Ansicht, spätestens zu dem Zeitpunkt, als ein Ausbruch im Sinne des Infektionsschutzgesetzes festzustellen war, wäre jedenfalls die Mitursächlichkeit eines außerhalb des Krankheitsbildes und des Krankheitsverlaufs der verstorbenen Patienten liegenden und nicht zufälligen oder unbedeutenden Geschehens nicht mehr von der Hand zu weisen gewesen. Zu diesem Zeitpunkt hätte daher eine Benachrichtigung des Institutes für Rechtsmedizin erfolgen müssen.[1078] Der Leiter des Institutes für Rechtsmedizin, Herr Professor Dr. Birkholz, führte dazu gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss aus, ein Todesfall im Zusammenhang mit einer nosokomialen Infektion sei nicht meldepflichtig nach dem Leichenwesengesetz.[1079] Die Problemlage, die Herr Staatsrat Professor Stauch beschreibe, halte er noch nicht für meldepflichtig. Eine Meldepflicht begründe sich erst, wenn tatsächliche Anhaltspunkte dafür vorlägen, dass menschliches Mitverschulden vorliege.[1080] Die Totenscheine der verstorbenen Kinder hätten so, wie sie ausgefüllt waren, keine Meldepflicht begründet.[1081] Herr Professor Dr. Birkholz wies darauf hin, das Leichenwesengesetz diene nicht dazu, Hygieneprobleme aufzudecken, entscheidend sei im Fall des Auftretens von nosokomialen Infektionen daher die Meldung an das Gesundheitsamt.[1082]

Herr Professor Dr. Birkholz erläutert seine Auffassung wie folgt: Das Erkennen und Bekämpfen nosokomialer Infektionen sei Aufgabe des Infektionsschutzes. § 8 des Leichenwesengesetzes diene demgegenüber dem Aufdecken strafbarer Handlungen.[1083] Durch eine pathologische Untersuchung könne lediglich festgestellt werden, dass eine Infektion zum Tod eines Menschen geführt habe. Die Frage, ob diese Infektion durch vermeidbares menschliches Verhalten, wie bspw. einen deutlichen Hygienemangel, zurückzuführen sei, könne im Institut für Rechtsmedizin jedoch nicht aufgeklärt werden. Herr Professor Dr. Birkholz formulierte dies so:

> *„Es ist doch wohl so, dass die Todesursachen bekannt sind. Insofern gibt es da ja wohl keine Fragen. (…) Die Frage steht ja wohl im*

[1077] Ausbruch von ESBL bildenden Klebsiella pneumoniae im Zentrum für Kinderheilkunde Klinikum Bremen-Mitte im Jahr 2011, Band 50.

[1078] Herr Staatsrat Professor Stauch, Bericht, Ausbruch von ESBL-bildenden Klebsiella pneumoniae im Zentrum für Kinderheilkunde, Klinikum Bremen-Mitte, Bremen, den 20. Dezember 2011, Band 50, S. 42 f.

[1079] Herr Professor Dr. Birkholz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 4/618.

[1080] Herr Professor Dr. Birkholz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 4/626 f.

[1081] Herr Professor Dr. Birkholz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 4/629.

[1082] Herr Professor Dr. Birkholz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 4/633 f.

[1083] BB-Drs. 13/337 S. 10, 13 f.

> *Raum, wie man vermeidet, dass die Kinder krank werden. Das ist das Problem. Da kann eine Obduktion, eine gerichtsmedizinische Untersuchung keine neuen Erkenntnisse bringen.“*[1084]

Unter Berücksichtigung der Zwecke des Infektionsschutzgesetzes auf der einen und des Leichenwesengesetzes auf der anderen Seite schließt sich der parlamentarische Untersuchungsausschuss der Ansicht von Herrn Professor Dr. Birkholz nicht an.

Die Gesetzesfassung des § 8 Abs. 3 S. 1 des Leichengesetzes lässt nicht zu, diesen so restriktiv zu verstehen. Dort ist lediglich von einem „ursächlichen Zusammenhang“ gesprochen. Darauf, ob der Tod des Kindes letztlich auf einem vermeidbaren Verhalten beruhte, ist für die Frage der Benachrichtigung zunächst einmal unerheblich. Gerade § 8 Abs. 3 S. 2 des Leichengesetzes zeigt, dass es bei dieser Meldepflicht gerade auch um die Vermeidung von „unerwarteten“ also nicht fahrlässig hervorgerufenen Todesfällen geht. Auch ist eine Benachrichtigung in diesen Fällen nicht sinnlos, so könnte etwa im Wege einer Leichennachschau gemäß § 10 des Leichengesetzes eine Blut- oder Urinprobe entnommen werden. Dies kann sich im Rahmen der Ursachenforschung als wichtig erweisen.

10.2. Erfordernis einer qualifizierten Leichenschau

Bei seiner Anhörung wies Herr Professor Dr. Birkholz den parlamentarischen Untersuchungsausschuss auf die aus seiner Sicht bestehende Problematik hin, dass die Leichenschau durch den zuletzt behandelnden Arzt vorgenommen wird.[1085] Aus forensischer Sicht sei es nicht gut, wenn derjenige, der möglicherweise etwas zu verschleiern habe, dann auch die Dokumente ausfüllte, die sein Handeln vollkommen vertuschten.[1086] Sei fast 30 Jahren werde in Deutschland durch die Staatsanwaltschaft die qualifizierte Leichenschau gefordert. Derzeit sei die Rechtsmedizin darauf angewiesen, dass der Leichenschauarzt den Leichenschauschein ordnungsgemäß ausfülle.[1087] Herr Professor Dr. Birkholz verwies auf die Befassung mit dem Thema

---

[1084] Herr Professor Dr. Birkholz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 4/635.
[1085] Herr Professor Dr. Birkholz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 4/624, 4/628.
[1086] Herr Professor Dr. Birkholz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 4/624, 4/636.
[1087] Herr Professor Dr. Birkholz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 4/624.

durch die Konferenz der Justizministerinnen und Justizminister der Länder und die Gesundheitsministerkonferenz der Länder. Die Justizministerinnen und Justizminister beschlossen am 5. November 2009 zum Tagesordnungspunkt II.5 „Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau“:

> *„1. Die Justizministerinnen und Justizminister nehmen den Bericht der Projektgruppe zur Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau zur Kenntnis.*
>
> *2. Die Justizministerinnen und Justizminister sprechen sich auf seiner Grundlage für eine Professionalisierung der äußeren Leichenschau aus. Aus ihrer Sicht hat die Projektgruppe ein schlüssiges Gesamtkonzept erarbeitet, das geeignet ist, die Qualität der äußeren Leichenschau mit Blick nicht nur auf die Feststellung nichtnatürlicher Todesfälle, sondern auch zur Gewährleistung einer zuverlässigen und aussagekräftigen Todesursachenstatistik zu optimieren. Sie sehen in den Empfehlungen der Projektgruppe eine geeignete Grundlage für entsprechende gesetzgeberische Überlegungen in den Ländern.*
>
> *3. Die Justizministerinnen und Justizminister bitten ihren Vorsitzenden, den Bericht der Projektgruppe und diesen Beschluss der Gesundheits-, Innen- und Kultusministerkonferenz zur Kenntnis zu bringen.*“[1088]

Die 84. Gesundheitsministerkonferenz der Länder griff diese Beschlüsse auf. Die Ergebnisse der Justizministerkonferenz wurden nicht vollständig übernommen; die Gesundheitsministerkonferenz beschloss am 30. Juni 2011 einstimmig:

> *„1. Die GMK nimmt den Bericht der länderoffenen Arbeitsgruppe zur Prüfung der Reformvorschläge für eine Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau zur Kenntnis und dankt der Arbeitsgruppe für ihre Arbeit.*
>
> *2. Die GMK ist wie die Justizministerkonferenz der Auffassung, dass eine Verbesserung der ärztlichen Leichenschau anzustreben ist.*

[1088] http://www.justiz.nrw.de/JM/justizpolitik/jumiko/beschluesse/2009/herbstkonferenz09/II_5.pdf, abgerufen am 30. Oktober 2012.

> *3. Die GMK empfiehlt den Ländern, den Landesärztekammern sowie den Krankenhäusern und den Kassenärztlichen Vereinigungen, die sie betreffenden Prüfergebnisse umzusetzen.*
>
> *4. Die GMK bittet das Bundesministerium für Gesundheit zu prüfen, ob bei einer Novellierung der GOÄ die Gebühr für die Leichenschau angemessen erhöht werden sollte.*
>
> *5. Die GMK bittet die Justizministerkonferenz, die Innenministerkonferenz sowie die Kultusministerkonferenz, diesen Beschluss zur Kenntnis zu nehmen.“*[1089]

In einer Vorlage der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit vom 29. Juli 2011 für die Sitzung der staatlichen Deputation für Gesundheit am 23. August 2011 wird dazu ausgeführt, eine länderübergreifende Arbeitsgruppe sei zu dem Ergebnis gekommen, dass es eine Reihe von Maßnahmen gebe, welche die Qualität der äußeren Leichenschau verbessern könnten. Die Einführung und flächendeckende Sicherstellung eines eigenen speziellen Leichenschaudienstes werde für nicht umsetzbar gehalten. Alle anderen Reformvorschläge seien aufgegriffen worden und fänden sich in vier wesentlichen Verbesserungsvorschlägen wieder: 1. Verbesserung der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung; 2. Adäquate Qualitätskontrolle der Dokumentation; 3. Einführung von Meldepflichten bei bestimmten Auffindesituationen; 4. Einführung einer Leichennachschau durch rechtsmedizinische Institute in noch zu definierenden Fällen. Eine einheitliche bundesweite Vorgehensweise sei derzeit nicht zu erreichen. Es obliege den Ländern, im eigenen Ermessen die Verbesserungspotentiale zu prüfen und die Prüfergebnisse des Berichtes umzusetzen.[1090]

Von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder wird daher die Einführung einer qualifizierten Leichenschau nicht gefordert. Herr Staatsrat Dr. Schuster führte zu diesem Thema gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss aus:

> *„Ich möchte ein bisschen zurückweisen, dass wir keine qualifizierte Leichenschau haben, die haben wir. Ob da noch ein zusätzlicher Arzt einbezogen werden muss, das haben wir bisher für bestimmte Fälle*

[1089] http://www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse_84&id=84_05.06, abgerufen am 30. Oktober 2012.

[1090] http://www.gesundheit.bremen.de/sixcms/media.php/13/DG+2011-08-23+L-5-18+GMK+Beschl%FCsse_Beschlussfassung.pdf, abgerufen am 30. Oktober 2012.

> *geregelt, insbesondere bei der Obduktion von kleinen Kindern unter sechs Jahren, das ist aber ein anderes Thema als das, was wir hier hatten. Wir haben bisher nicht die sachliche Notwendigkeit gesehen, dies zu machen, sondern glauben, dass die Art und Weise, wie hier die Leichenschau stattfindet, im Grundsatz ausreichend ist.“*[1091]

Frau Senatorin Jürgens-Pieper erklärte bei Ihrer Anhörung vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss, es bestehe noch keine abschließende Meinung zu dem Thema. Insbesondere seien die Kosten eines solchen Systems noch nicht abgeschätzt.[1092]

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss bittet, die staatliche Deputation für Gesundheit zu prüfen, inwieweit die Todesscheine für Todesfälle, die während einer stationären Behandlung eintreten, von Leichenschauärzten zu erstellen sind, die in die Behandlung des verstorbenen Patienten nicht eingebunden gewesen sind. Die Aufnahme einer verpflichtenden Regelung in das Gesetz über das Leichenwesen ist ebenfalls zu prüfen.

[1091] Herr Staatsrat Dr. Schuster, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 22/3036.

[1092] Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4515.

11. Zusammenarbeit mit Krankenkassen

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hat durch den Einsetzungsbeschluss vom 18. November 2011 u. a. den Auftrag erhalten, den Sachverhalt der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen im Zusammenhang mit der Einhaltung der Vorschriften zur Krankenhaushygiene zu untersuchen. Hier ergeben sich drei Problembereiche: die Einbindung der Krankenkassen bei der Finanzierung der ambulanten Behandlung von Patienten mit antibiotikaresistenten Keimen, die Finanzierung der Kosten der Krankenhaushygiene und die Finanzierung von Netzwerken zur Bekämpfung antibiotikaresistenter Keime.

11.1. Ambulante Behandlung von Patienten mit antibiotikaresistenten Keimen

In den vergangenen Jahren bestand das Problem, dass die Verordnung von Salben, Cremes et cetera, die für die Sanierung von MRSA-Trägern in Altenheimen oder zu Hause notwendig sind, keine Kassenleistung war und auch das Screening auf MRSA oder die Nachkontrolle von MRSA in den Altenheimen nur in Ausnahmefällen bezahlt wurde, beziehungsweise auf das Laborbudget des jeweiligen Arztes ging.[1093] In Ergänzung des § 87 SGB V wurde auf Bundesebene zum 1. April 2012 eine Vergütungsvereinbarung für die ärztliche Leistungsabbildung bei der Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von MRSA-besiedelten und MRSA-infizierten Patientinnen bzw. Patienten sowie Risikopatientinnen bzw. Risikopatienten neu eingeführt.[1094] Damit konnte zwar eine wesentliche Lücke bei der Bekämpfung von MRSA-Infektionen geschlossen werden, allerdings erfolgt die Kostenübernahme durch die Krankenkassen nur unter eingeschränkten Bedingungen, und nicht alle notwendigen Maßnahmen werden im erforderlichen Umfang finanziert. So dürfen einige der Gebührenordnungspositionen nur von Ärztinnen bzw. Ärzten berechnet werden, denen eine Genehmigung nach zertifizierter Fortbildung erteilt wurde. Einige der Leistungen sind nur bei MRSA-Risikopatientinnen bzw. Risikopatienten abrechnungsfähig, die zuvor in den letzten sechs Monaten an mindestens vier aufeinanderfolgenden Tagen stationär behandelt wurden. Die neuen

[1093] Vgl. Herr Dr. Gruhl, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 14/1921 f.

[1094] Anhang zur Vergütungsvereinbarung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 87 Abs. 2a SGB V.

Vergütungsvereinbarungen für Leistungen zur Prävention, Diagnostik und Behandlung von Infektionen mit MRSA sind zunächst bis zum 31. März 2014 befristet. Der Gesetzgeber hat für das Jahr 2014 eine Evaluierung der Maßnahmen vorgesehen.[1095]

Die genannten Regelungen gelten jedoch nur für die Behandlung von MRSA-Patienten.

In der Vorlage für die Sitzung der staatlichen Deputation für Gesundheit am 8. Mai 2012: Umsetzungsstand des Landesaktionsprogramms „Krankenhaushygiene“ wird auf ein am 21. März 2012 von der AOK Bremen / Bremerhaven in Zusammenarbeit mit dem Rotes Kreuz Krankenhaus Bremen angekündigtes einjähriges Pilotprojekt als ein positives Beispiel der Einbindung einer Krankenkasse verwiesen. Die AOK Bremen / Bremerhaven hatte in den vergangenen Monaten unter Regie des MRSA Netzwerkkoordinators Gespräche u.a. mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen mit dem Ziel der Beteiligung an den Behandlungskosten geführt. Jetzt haben die AOK Bremen / Bremerhaven und das Rotes Kreuz Krankenhaus Bremen im Rahmen einer bilateralen Vereinbarung die Kostenübernahme zur Sanierung von MRSA-Patientinnen bzw. -Patienten, die ein künstliches Gelenk oder eine Gefäßprothese erhalten sollen, auf den Weg gebracht. Wird ein MRSA-Keim bereits vor Aufnahme ins Krankenhaus nachgewiesen, erfolgt eine ambulante Keim-Sanierung. Die betroffenen Patientinnen bzw. Patienten erhalten dazu ein für sie kostenloses MRSA-Sanierungsset.[1096]

11.2. Kosten der Krankenhaushygiene

In den öffentlichen Beweisaufnahmen wurde dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss von verschiedenen Zeugen und Sachverständigen die Problematik der Finanzierung der Krankenhaushygiene geschildert. Diese Kosten werden nicht getrennt berechnet, sondern sind Teil des Krankenhausbudgets. Die Krankenhäuser rechnen gegenüber den Krankenkassen nicht nach ihren tatsächlichen Kosten ab, sondern nach den sogenannten DRG, den diagnosebezogenen Fallgruppen. Der ehemalige Kaufmännische Geschäftsführer des Klinikums Bremen-Mitte, Herr Dr. Pfeiffer, erläuterte dazu vor dem parlamentarischen

---

[1095] Vorlage für die Sitzung der staatlichen Deputation für Gesundheit am 8. Mai 2012: Umsetzungsstand des Landesaktionsprogramms „Krankenhaushygiene“.

[1096] Vorlage für die Sitzung der staatlichen Deputation für Gesundheit am 8. Mai 2012: Umsetzungsstand des Landesaktionsprogramms „Krankenhaushygiene“.

Untersuchungsausschuss, der wesentliche Aspekt der Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und Kliniken seien die Budgetverhandlungen, die jährlich stattfänden. In diesen Verhandlungen werde aber nicht über die Refinanzierung von Kosten gesprochen, die irgendwo entstanden seien, sondern es werde über bestimmte Leistungen gesprochen, die das Krankenhaus erbringen wolle, und über die Finanzierung dieser Leistung, also über Preise.[1097]

Dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss stellte sich damit die Frage, ob die Budgets die Kosten für Krankenhaushygiene in ausreichendem Maße darstellen. Herr Dr. Zastrow, der Leiter des Institutes für Hygiene und Umweltmedizin der Vivantes Kliniken Berlin, sah hier zunächst kein Problem:

> *„Dazu muss man wissen; Die Krankenkassen bezahlen das alles! Die gesamten Hygienemaßnahmen, die wir in der RKI-Richtlinie haben, sind in den DRG abgebildet. Die waren auch früher schon in den Pflegesätzen immer enthalten. Wir haben eine große Sitzung veranstaltet mit den Spitzenvertretern der Krankenkassen und wollten sie davon überzeugen, uns einen Sonderbonus pro Patient für Hygiene zu geben. Das war schon in den Achtzigerjahren. Da haben sie gesagt; ihr bekommt doch alles, jeden Handgriff, jeden Sprühvorgang auf die Wunde rechnet ihr uns doch schon vor. Das haben wir alles bekommen. Nur, man kann natürlich viel Geld machen, indem man das dann eben nicht dafür verwendet.“*[1098]

Im Verlauf seiner Aussage präzisierte Herr Dr. Zastrow seine Angaben dahingehend:

> *„Das muss ich vielleicht ein bisschen korrigieren. Alle Hygienemaßnahmen am Patienten, ich sage einmal Kittel, Händedesinfektion, sterile Materialien und so weiter sind mit darin. Auch der Faktor Zeit ist mit darin. Nur die Hygieneärzte sind tatsächlich nicht in den Budgets enthalten.“*[1099]

[1097] Herr Dr. Pfeiffer, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 6/683 f.
[1098] Herr Dr. Zastrow, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/223.
[1099] Herr Dr. Zastrow, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/260.

Der damalige Geschäftsführer der Gesundheit Nord, Herr Dr. Hansen, antwortete auf die Frage, inwieweit es möglich sei, Krankenkassen an den Kosten für Hygienemaßnahmen zu beteiligen:

> *„Das kann ich Ihnen beantworten. Das geht leider gar nicht! Das finde ich nach wie vor sehr bemerkenswert, dass der Bundesgesetzgeber die Finanzierung von Krankenhäusern festlegt und das seit 15 Jahren bereits unzureichend, dass seit 15 Jahren noch nicht einmal die Tariferhöhung der Mitarbeiter finanziert wird. Da gibt es überhaupt kein Finanzierungsinstrument für Hygiene. Das ärgert alle Krankenhausmanager, dass da munter Gesetze beschlossen werden, dass das alles ausgeweitet werden muss, aber keiner sagt, wie es bezahlt werden soll.“*[1100]

Der ehemalige Abteilungsleiter Gesundheit bei der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit, Herr Dr. Gruhl, verwies auf einen anderen Aspekt der Finanzierung. Nach seiner Ansicht ist zu berücksichtigen, dass Hygienevorkehrungen für ein Krankenhaus durchaus ökonomisch sinnvoll sein können: Denn nosokomiale Infektionen bedeuteten eine längere Liegezeit, brächten aber keine Mehreinnahmen, und daher sei es für die Krankenhäuser ökonomisch sinnvoll, in Hygiene zu investieren.[1101]

Frau Senatorin Jürgens-Pieper führte gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss aus, das System der Fallpauschalen beinhalte einige Probleme. Als einen ersten Problemkreis skizziert Frau Senatorin Jürgens-Pieper die Methodik der Berechnung, mit der die Orientierungswerte gemäß § 10 Abs. 6 KHEntgG bestimmt werden sollen, die Grundlage für die Berechnung der Fallpauschaulen werden sollen. Zur Bestimmung der Höhe der Fallpauschalen wird ein landesweit geltender Basisfallwert (Landesbasisfallwert) vereinbart, der für das gesamte folgende Jahr gilt (§ 10 Abs. 1 S. 1 KHEntgG). Die Veränderungen des Basisfallwertes sind durch die Veränderungsraten gemäß § 71 SGB V begrenzt. In § 10 Abs. 6 KHEntgG ist als Ziel vorgesehen, dass die Begrenzung des Basisfallwerts durch die Veränderungsrate nach § 71 SGB V durch einen Orientierungswert abgelöst wird, den

---

[1100] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1136.
[1101] Herr Dr. Gruhl, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 14/1922.

das Statistische Bundesamt im Auftrag des Bundesgesundheitsministers ermitteln soll. Hier fordert die Senatorin, dass endlich ein solcher Orientierungswert eingeführt werde und dass sich dieser an der tatsächlichen Kostenentwicklung im Krankenhausbereich orientiere.[1102] Diese Argumentation beruht darauf, dass die Veränderungsrate nach § 71 SGB V sich im Gegensatz zu dem Orientierungswert an der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen und nicht den tatsächlichen Kosten der stationären Versorgung orientiert. Die Deckelung der Einnahmen durch die Veränderungsrate gemäß § 71 SGBV widerspreche der Kostenentwicklung durch Tarifsteigerungen und besondere Ereignisse, wie beispielsweise das Auftreten von EHEC. Die Krankenhäuser seien gezwungen, entweder mit Personalabbau oder mit Mengenausweitungen zu reagieren. Dies stelle falsche ökonomische Anreize dar. Die Senatorin für Gesundheit machte ebenfalls deutlich, dass Bremen sich in der Vergangenheit - so im Jahr 2010 - dafür eingesetzt habe, verbindliche Personalstandards im Bereich der Pflege einzuführen.[1103] Es sei auch systemwidrig Unternehmensüberschüsse aus dem Finanzierungssystem zu nehmen, wie dies auf Bundesebene diskutiert werde. Denn anders sei, etwa auf Bremen bezogen, die Finanzierung des Teilersatzneubaues nicht möglich.[1104] Für eine sachgerechte Krankenhausfinanzierung sei auch wichtig, dass Investitionskosten im Rahmen der Fallpauschalen berücksichtigt würden. Der Gesundheitsfond weise hierfür genügend finanzielle Mittel auf.[1105] Die Krankenhäuser würden, so die Senatorin, auch mit den sogenannten morbiditätsbedingten Mehrleistungen ungerechtfertigt belastet, diese würden im gegenwärtigen Finanzierungssystem nur unzureichend erstattet.[1106] Auf Bundesebene bedürfe die Krankenhausfinanzierungspolitik der dringenden Erneuerung.[1107]

11.3. Netzwerke zur Bekämpfung antibiotikaresistenter Keime

Der Untersuchungsausschuss hat sich durch Herrn Professor Dr. Friedrich vom Universitätsklinikum Groningen über die Bekämpfung von multiresistenten

---

[1102] Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4534.
[1103] Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4538.
[1104] Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31.4535.
[1105] Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4537.
[1106] Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4537.
[1107] Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4530 ff.

Staphylococcus-Aureus-Bakterien in den Niederlanden unterrichten lassen.[1108] Dort wird mit Erfolg ein MRSA-Netzwerk betrieben. Dies beinhaltet einen Zusammenschluss von Einrichtungen, die mit MRSA zu tun haben. Vertreten sind Krankenhäuser samt Krankenhaushygienikern, hygienebeauftragten Ärzten, Hygienefachkräften und Pflegedienstleitungen, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, Laboratorien, niedergelassene Ärzte, Rettungsassistenten, Mikrobiologen, Vertreter der Ärztekammer, kassenärztlicher Vereinigungen und Krankenkassen sowie Patientenvertreter und die Krankenhausgesellschaft. Gerade das mit dem Netzwerk verfolgte sektorenübergreifende Handeln sei, so Herr Professor Dr. Friedrich, für die Bekämpfung dieser Erreger von großer Bedeutung, da Patienten es durch die verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens trügen.[1109]

Im Jahr 2011 hat die Kassenärztliche Vereinigung Bremen mit der AOK Bremen/Bremerhaven eine Vereinbarung zur verbesserten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer MRSA-Infektion abgeschlossen.[1110] Vertragsziele waren neben einer verbesserten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer MRSA-Infektion und der Gewährleistung einer hinreichenden Sanierung insbesondere auch die optimierte Kooperation an den Sektoren-Nahtstellen (stationär-ambulant, ambulant-stationär) und ein verbesserter Informationsfluss, also die Bildung eines Netzwerkes. Auch dieser Bereich wird nunmehr durch den Anhang zur Vergütungsvereinbarung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 87 Abs. 2a SGB V erfasst. Nach dessen § 3 sollen die neuen Gebührenordnungspositionen nur von Vertragsärzten berechnet werden, die in einem sektorübergreifenden MRSA-Netzwerk unter Einbeziehung des öffentlichen Gesundheitsdienstes organisiert sind. Damit ist eine Finanzierung dieser Leistungen durch die Krankenkassen zumindest im Bereich der MRSA sichergestellt.

Das Landesaktionsprogramm „Krankenhaushygiene“ der Senatorin für Gesundheit vom 6. Dezember 2011 sieht eine Erweiterung des MRSA-Netzwerkes in Bremen auf

---

[1108] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2927 ff.

[1109] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2959.

[1110] Vereinbarung zur verbesserten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer MRSA-Infektion, Band 36, S. 105 f. der 2. Paginierung.

andere relevante nosokomiale Infektionen vor.[1111] Eine Unterarbeitsgruppe des Runden Tisches MRSA diskutiert gegenwärtig, welche weiteren Keime für die Bearbeitung durch das Netzwerk besonders dringlich sind.[1112] Inwiefern die Krankenkassen sich auch an der Erweiterung des MRSA-Netzwerkes auf weitere relevante Keime beteiligen, was im Grundsatz zu begrüßen wäre, steht daher noch nicht fest.

[1111] Initiierung eines Landesaktionsprogramms „Krankenhaushygiene“, Vorlage für die Sitzung der staatlichen Deputation für Gesundheit am 6. Dezember 2011, S. 2.

[1112] Umsetzungsstand des Landesaktionsprogramms „Krankenhaushygiene“, Vorlage für die Sitzung der staatlichen Deputation für Gesundheit am 8. Mai 2012, S. 2.

12. Der Umgang mit multiresistenten Erregern in den Niederlanden

12.1. Verbreitung von multiresistenten Erregern in den Niederlanden

Die Niederlande weisen im Unterschied zu Deutschland signifikant bessere Werte hinsichtlich der Krankheitshäufigkeit von zumindest einzelnen multiresistenten Erregern auf.[1113] Dies gilt insbesondere für MRSA. So sind in Groningen 0,08 % der Patienten im Krankenhaus mit MRSA besiedelt, wohingegen in Deutschland durchschnittlich 20 % der Patienten mit MRSA besiedelt sind.[1114] Darüber hinaus zeigt sich die positivere Situation in den Niederlanden auch an den gemeldeten Nachweisen von MRSA aus Blut oder Liquor. Diese sind in Deutschland gemäß § 1 der Labormeldepflicht-Anpassungsverordnung[1115] meldepflichtig. So gibt es in Nordrhein-Westfalen, das nach seiner Größe ungefähr den Niederlanden entspricht, pro Jahr etwa 1.000 durch MRSA hervorgerufene Blutvergiftungen, wohingegen es in den Niederlanden jährlich circa 40 durch MRSA hervorgerufene Blutvergiftungen gibt.[1116]

Anders verhält es sich bei den ESBL-bildenden Keimen. Von diesen Erregern breiten sich gerade die sogenannten livestock-assoziierten Escherichia-coli, die ESBL bildend sind, in ganz Europa und so auch in den Niederlanden aus.[1117] Nach neuesten Studien sind 10 % bis 15 % aller erwachsenen Patienten mit Escherichia-coli-ESBL zumindest besiedelt.[1118] Im Zusammenhang mit Klebsiella pneumoniae kommt es trotz der zahlreichen Hygienevorkehrungen ebenfalls zu einem Anstieg von Besiedelungen und Infektionen. Beispielsweise ereignete sich in der Zeit von Juni 2011 bis Juli 2012 ein schwerwiegender Ausbruch mit Klebsiella pneumoniae ESBL OXA-48 im Maasstad Krankenhaus in Rotterdam.[1119] In der wissenschaftlichen Diskussion in den Niederlanden wird im Hinblick auf den Anstieg von ESBL-bildenden Klebsiellen gefordert, dass im Bereich der Krankenhäuser die Präventionsstrategien nochmals überprüft und im Bereich der niedergelassenen Ärzte nochmals die Hygienemaßnahmen und der Antibiotikaeinsatz hinterfragt werden.

[1113] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2929.
[1114] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2929.
[1115] Labormeldepflicht-Anpassungsverordnung vom 26. Mai 2009 (BGBl. I S. 1139).
[1116] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2937.
[1117] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2937.
[1118] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2937.
[1119] Im Einzelnen dazu: „Das Unsichtbare sehen“, Bericht der externen Untersuchungskommission des Maasstad Krankenhauses vom 29. März 2012, Band 185.

Schließlich wird auch der Antibiotikaeinsatz in der Landwirtschaft als eine der möglichen Ursachen für den Anstieg von multiresistenten Keimen mit ESBL-Bildnern in Betracht gezogen.[1120] Hinsichtlich der Vergabe von Antibiotika in der Landwirtschaft kritisierte der Sachverständige Herr Professor Dr. Friedrich:

> *„Es ist bei der Gabe von Antibiotika in der Landwirtschaft und Tiermedizin anders damit bestellt, es ist das sogenannte „dutch paradox“. Die Niederlande sind das Land mit dem niedrigsten Einsatz von Antibiotika in der Humanmedizin und das Land mit dem höchsten Einsatz von Antibiotika in der Veterinär- und Tiermedizin oder in der Landwirtschaft. Das liegt an der intensiven Massentierhaltung, die in den Niederlanden durchgeführt wird, vor allem bei der Schweinemast, auch bei Rindern, Geflügel und Ziegen.“*[1121]

Der Sachverständige führte weiter aus, dass es durch beide Aspekte, nämlich sowohl durch die Massentierhaltung als auch durch die übermäßige Gabe von Antibiotika an Tiere, zu einer erheblichen Beschleunigung der Selektion von multiresistenten Erregern komme. Er verdeutlichte weiter, dass – unabhängig von der Gabe von Antibiotika – bereits die Massentierhaltung für sich genommen, zu einer Beschleunigung der Selektionsprozesse von Erregern führe.[1122] Hinzu trete dann noch, dass die Antibiotikavergabe den Selektionsprozess beschleunige. Selbst ohne die Gabe von Antibiotika vollzögen, so der Sachverständige Herr Professor Dr. Friedrich, Erreger in der Tierhaltung innerhalb von 16 Tagen genauso viele Schritte in der Evolution wie die menschliche Spezies innerhalb von 30.000 Jahren. Komme es nun daneben zu der Gabe von Antibiotika in der Tierhaltung, verkürze sich diese Frist weiter auf lediglich einen Tag.[1123]

12.2. Strategien zur Reduktion von Antibiotikaresistenzen

[1120] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2937.
[1121] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2970.
[1122] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2970.
[1123] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2970.

Die Niederlande haben bereits im Jahr 1986 eine Strategie zur Reduktion von Antibiotikaresistenzen entwickelt, die mit den vier Begriffen „search“, „restrict“, „contain“ und „follow“ umschrieben werden kann.[1124]

12.2.1. Das Prinzip „search“

Mit „search“ ist gemeint, gezielt nach mulitresistenten Keimen zu suchen, und zwar bevor sie bei den jeweiligen Patienten Infektionen auslösen.[1125] Um aber Infektionserreger wirksam bekämpfen zu können, braucht man „Augen für das Unsichtbare“, das heißt, der Arzt muss den Erreger zunächst einmal entdecken, bevor er ihn bekämpfen kann.[1126]

Dies zeigt sich schon vor der Aufnahme in ein Krankenhaus: In den Niederlanden wird ein Patient über ein Zuweisungssystem bei einem Krankenhaus von dem Hausarzt angemeldet.[1127] Bis es zur Aufnahme in einem Krankenhaus kommt, wird abgeklärt, ob Risikofaktoren dafür bestehen, dass der Patient Träger eines multiresistenten Keims ist.[1128] Hierzu bespricht der Hausarzt mit seinem Patienten eine Frageliste. So wird schon im Vorfeld beispielsweise gefragt, ob der Patient in der Landwirtschaft arbeitet, chronische Wunden hat oder zuvor in einem belgischen oder deutschen Krankenhaus war.[1129] Je nach Risikoprofil werden, und zwar wenn möglich schon vor der Aufnahme in ein Krankenhaus, mikrobiologische Untersuchungen durchgeführt, um festzustellen, ob der jeweilige Patient Träger eines multiresistenten Erregers ist.[1130] Bei einem Patienten, der zuvor in einem deutschen Krankenhaus war, würde in den Niederlanden beispielsweise nach allen multiresistenten Erregern gesucht, und zwar ausgedehnt auf alle Körperregionen, in denen ein entsprechendes Reservoir bestehen könnte.[1131]

Käme es dennoch dazu, dass MRSA oder ESBL-bildende Klebsiellen neu aufträten, so würde schon beim ersten Fall eine Suche nach der Kontaktperson erfolgen, die für die Übertragung ursächlich gewesen sein könnte. Bei der Besiedelung mit MRSA werde

---

[1124] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2929.
[1125] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2930.
[1126] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2929.
[1127] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2942.
[1128] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2942.
[1129] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2943.
[1130] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2943.
[1131] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2943.

angesichts der großen Ausbreitungsgeschwindigkeit in der Regel schon in diesem Stadium ein Screening aller Mitarbeiter und Patienten angeordnet. Beim Auftreten eines Falles mit Klebsiellen werde lediglich eine Screeninguntersuchung aller Mitpatienten durchgeführt.[1132] Es werde sogar täglich gescreent.[1133] Auch Screeninguntersuchungen des Personals würden dann angeordnet, wenn nicht umgehend die Keimquelle entdeckt werde. Dabei sei notwendig, führte der Sachverständige Herr Professor Dr. Friedrich aus, „dass Mitarbeiter nur mit PCR-Verfahren untersucht werden dürfen, um auch den Träger zu finden.“ Denn das Personal weise in der Regel eine sehr viel geringere Konzentration von multiresistenten Klebsiellen bzw. MRSA auf der Haut auf als Patienten, bei denen mittels Antibiotika die übrigen Keime unterdrückt würden, so dass sehr sensible Screeninguntersuchungen - wie mittels des PCR-Verfahrens - angezeigt seien.[1134]

12.2.2. Das Prinzip „restrict“

„Restrict“ bedeutet, die Gabe von Antibiotika möglichst zu reduzieren, und zwar in der Tiermedizin, in der Landwirtschaft und in der Humanmedizin. Der letztgenannte Punkt stellt einen für jeden Patienten spürbaren Unterschied zwischen der medizinischen Versorgung in Deutschland und in den Niederlanden dar. So bestehen Hürden, um in den Niederlanden Antibiotika verschrieben zu bekommen. Diese werden in der Regel nicht von einem Hausarzt verordnet, sondern nur von einem Facharzt.[1135] Zwar kann rechtlich die Vergabe von Antibiotika durch jeden Arzt erfolgen. Allerdings werde durch kontinuierliche Weiterbildung den Ärzten vermittelt, dass die Vergabe von Antibiotika in die Hände von Fachärzten gehöre, und diese ungeschriebene Regel werde auch befolgt.[1136] Hinzu kommt, dass die Verschreibung von Antibiotika möglichst auch mit einer Untersuchung durch einen Facharzt für Mikrobiologie verbunden ist. Ziel dieser Untersuchungen ist es, dass nicht notwendige Antibiotikatherapien sofort beendet und möglichst nur die wirksamsten Antibiotika verschrieben werden.[1137]

Während der Krankenhausbehandlung wird die Gabe von Antibiotika an die einzelnen Patienten kontinuierlich daraufhin überprüft, ob die Antibiotikagabe noch sinnvoll ist. So

---

[1132] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2948.
[1133] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2979.
[1134] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2949.
[1135] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2930.
[1136] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2955.
[1137] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2956.

berichtete der Sachverständige Herr Professor Dr. Friedrich, dass in seiner Klinik das Computersystem spätestens nach zwei Tagen automatisch die Frage aufwerfe, ob Antibiotika noch verabreicht werden müssten.[1138]

Auch der übermäßige Einsatz von Antibiotika in der Landwirtschaft soll in den Niederlanden in Zukunft begrenzt werden: So bemüht sich der Gesundheitsrat in den Niederlanden, den Einsatz von Antibiotika in der Landwirtschaft in den nächsten zwei Jahren um 50 % zu reduzieren.[1139] Der Sachverständige Herr Professor Dr. Friedrich wies aber auch auf die Schwierigkeiten hin, dieses wichtige Ziel in der niederländischen Gesellschaft durchzusetzen:

> *„Es gibt jetzt keine Gesetzgebung, die sagt, es muss jetzt so geschehen. Da sind noch viele Diskussionen notwendig, denn es ist natürlich ein gesamtgesellschaftliches Problem. Es betrifft eben auch einen wichtigen Sektor der niederländischen Wirtschaft und damit der Gesellschaft, und diese Diskussion muss breit geführt werden.“*[1140]

12.2.3. Das Prinzip „contain“

„Contain“ bezieht sich darauf, dass weitere Übertragungen von multiresistenten Erregern auf andere Menschen möglichst unterbunden werden.[1141] Dieses Prinzip steht insbesondere für sehr weitreichende Isolierungsmaßnahmen. Der Sachverständige Herr Professor Dr. Friedrich stellte beispielsweise dar, dass in dem Krankenhaus, in dem er tätig sei, ca. 10 % aller Betten Einzelzimmer und zudem 40 % der vorhandenen Betten in der Regel nicht belegt seien, damit Patienten isoliert werden könnten.[1142] Isolierungsmaßnahmen würden auch vorbeugend vorgenommen. Patienten, die zuvor in einem deutschen, belgischen oder auch englischen Krankennhaus behandelt worden seien, würden generell für zumindest 48 Stunden prophylaktisch isoliert, weil das europäische Ausland aus der Perspektive der Niederlande ein Endemiegebiet darstelle.[1143]

[1138] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2982.
[1139] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2970.
[1140] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2971.
[1141] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2930.
[1142] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2932.
[1143] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2928 sowie 21/2936.

Kommt es zu einem positiven Befund, so werden in den Niederlanden neben der Isolierung sogleich Barrieremaßnahmen eingeleitet. Bei E. coli, ESBL-bildenden Keimen oder VRE werden beispielsweise Schutzkittel angelegt. Da bei ESBL-bildenden Keimen auch eine Tröpfcheninfektion möglich ist, werden zusätzlich noch ein Mundschutz und eine Haube getragen.[1144] Ferner besteht eine „funktionelle Trennung“ zwischen dem Personal, das besiedelte Patienten, und dem Personal, das nicht besiedelte Patienten behandelt. Im Hinblick auf das Risiko einer Übertragung wird zudem darauf geachtet, dass möglichst keine Übertragungen auf das Personal stattfinden. So kann deshalb nur Personal eingesetzt werden, dessen Haut gesund ist.[1145] Auch besteht bei Mitarbeitern, die sich gegenwärtig einer Antibiotikatherapie unterziehen, ein höheres Risiko, dass diese mit ESBL-bildenden Keimen besiedelt werden.[1146] Es ist daher eine Aufgabe des Arbeitsmediziners, die Pflegekräfte und Ärzte zu benennen, die in diesen Fällen eingesetzt werden könnten.[1147]

Schließlich wird in den Niederlanden sichergestellt, dass genügend Pflegekräfte vorhanden sind, um die notwendigen Händedesinfektionen etwa auf einer Intensivstation gewährleisten zu können. Dieses bessere Verhältnis wird in den Niederlanden dadurch gewährleistet, dass es grundsätzlich in der Verantwortung der Pflegekräfte liegt, wie viele Betten für die medizinische Behandlung zur Verfügung stehen. Sie entscheiden in der Regel jeden Morgen selbständig, wie viele Patienten mit dem vorhandenen Personal versorgt werden können. Dies hat zur Folge, dass dann auch nur diese Zahl von Patienten aufgenommen wird. Dieses deutlich bessere Patienten-Pflegekräfte-Verhältnis führt dazu, dass die Pflegekräfte tatsächlich die Händedesinfektionen ohne Schwierigkeiten durchführen können, wohingegen in Deutschland eine Pflegekraft die hohe Anzahl an Händedesinfektionen in Spitzenzeiten kaum bewältigen kann.[1148]

12.2.4. Das Prinzip „follow“

[1144] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2944.
[1145] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2946.
[1146] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2944.
[1147] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2946.
[1148] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2950 f.

Das Schlagwort „follow“ meint, dass ein Patient so lange behandelt wird, bis eine Besiedelung mit multiresistenten Keimen nicht mehr vorliegt.[1149] Das Prinzip des „follow“ betrifft vor allem den Umgang mit Patienten, die mit MRSA besiedelt sind. Bei MRSA wird versucht, eine Dekolonisierung durchzuführen, indem entsprechende Antibiotika verschrieben werden. Dieses Verfahren ist bei anderen multiresistenten Erregern bislang in diesem Umfang nicht möglich, so dass es insofern bei den Isolierungsmaßnahmen verbleiben muss.[1150] Dennoch ist es auch in diesen Fällen wichtig, genaue Kenntnis davon zu haben, ob ein Patient mit einem Keim besiedelt ist, denn dies ermöglicht, im Falle einer Infektion sogleich das wirksamste Antibiotikum zu verabreichen.[1151]

12.3. Unterschiede zwischen dem niederländischen und dem deutschen Gesundheitssystem

12.3.1. Arts Microbioloog

Eine „Schlüsselfigur“ im niederländischen Gesundheitswesen stellt der sogenannte Arts Microbioloog dar. Der Begriff wird mit Facharzt für Mikrobiologie nur unzureichend übersetzt, weil die Ausbildung zum deutschen Facharzt für Mikrobiologie sich von der zum Arts Microbioloog unterscheidet. Die Facharztausbildung ist in den Niederlanden auf fünf Jahre angelegt und umfasst die Themenbereiche Krankenhaushygiene, Infektiologie sowie die diagnostische Mikrobiologie.[1152]

Der Arts Microbioloog trägt die Hauptverantwortung dafür, dass die oben dargestellte Strategie zur Reduktion von Antibiotikaresistenzen in der klinischen Praxis umgesetzt wird.[1153] Ihn trifft die Verantwortung festzustellen, ob eine vereinzelte Infektion oder Besiedelung bei einem Patienten vorliegt oder ob es sich bereits um einen Ausbruch handelt. Ihm obliegt es, den Erreger zu bestimmen und eine Subtypisierung zu veranlassen.[1154] Ihn trifft auch die Hauptverantwortung für die anschließenden Maßnahmen der Krankenhaushygiene. Daneben besteht bei diesen Ärzten eine enge

---

[1149] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2930.
[1150] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2944 f.
[1151] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2945.
[1152] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2930.
[1153] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2930.
[1154] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2968.

Anbindung an die Patienten bei der Diagnose von Infektionen und der Beratung hinsichtlich einer Therapie.[1155] Diese zeigt sich auch in der Verschreibung von Antibiotika. So ist insbesondere die Gabe von Antibiotika nahezu immer an die Untersuchung durch einen Arts Microbioloog gebunden, damit sichergestellt ist, dass das richtige Antibiotikum gegeben und eine nicht notwendige Antibiotikatherapie sofort beendet wird.[1156] Mit diesen vielfältigen Aufgaben geht einher, dass es in einem Krankenhaus in den Niederlande deutlich mehr entsprechende Fachärzte gibt, als etwa Krankenhaushygieniker in Deutschland. Der Sachverständige Herr Professor Dr. Friedrich berichtete, dass in der von ihm betreuten Klinik auf 1.300 Betten 16 entsprechende Fachärzte kämen.[1157]

12.3.2. Hygienefachkräfte

Neben dem Arts Microbioloog gibt es in den Niederlanden ebenso wie in Deutschland auch Hygienefachkräfte. Unabhängig von der Tatsache, dass die Ausbildung auch im pflegerischen Bereich akademisiert worden ist,[1158] entspricht der Ausbildungsstand der Hygienefachkräfte in der Pflege in Deutschland demjenigen ihrer niederländischen Kolleginnen und Kollegen.[1159] Ein wesentlicher Unterschied zeigt sich jedoch in der Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und den Hygienefachkräften. Beide bilden in den Niederlanden ein „Team (…), um das Problem medizinisch-ärztlich, pflegerisch-medizinisch anzugehen“.[1160] Dies bedeutet aber im Gegensatz zu den Verhältnissen in Deutschland auch, dass „viel Wert darauf gelegt [wird], dass es eben nicht nur die Verantwortung des Arztes ist, sondern die Verantwortung der Pflegekraft, auch dem Arzt in Bezug auf Hygiene, Screeningmaßnahmen und Antibiotika zu widersprechen, wo man genuinerweise sagen würde, das ist natürlich ärztlich“. Dieser fachliche Austausch zwischen der medizinisch-ärztlichen und der pflegerisch-medizinischen Seite lässt unberührt, dass es der Arzt ist, der die alleinige Kompetenz zur Gabe von Antibiotika hat.[1161]

[1155] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2930.
[1156] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2955 f.
[1157] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2930.
[1158] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2930 f.
[1159] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2935.
[1160] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2931.
[1161] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2935.

12.3.3. Inspectie voor de Gezondheitszorg

Neben den Gesundheitsämtern, die es in den Niederlanden auch gibt, sind dort sogenannte Inspectie voor de Gezondheitszorg eingerichtet worden.[1162] Diese Inspektionen für Gesundheitsversorgung arbeiten in den Niederlanden überregional, wobei das Land in sechs Regionen aufgeteilt ist.[1163] Die Inspektionen für Gesundheitsversorgung überwachen sehr eingehend, ob die Anforderungen an eine funktionierende Krankenhaushygiene eingehalten werden.[1164] Die Überprüfung eines Krankenhauses nimmt dabei sehr viel Zeit in Anspruch. Sie kann bis zu zwei Wochen dauern. Besonderes Augenmerk wird während einer Inspektion darauf gerichtet, ob die Vorgaben, die sich ein Krankenhaus selbst gibt, auch in der täglichen Praxis eingehalten werden.[1165]

Der Umgang mit den einzelnen Krankenhäusern erfolgt dabei nach dem Grundsatz „High trust, high penalty“.[1166] Das bedeutet, dass man sich darauf konzentriert, die Eigenverantwortung der Kliniken für die Umsetzung der erforderlichen Maßnahmen und Einhaltung der Hygienerichtlinien zu stärken. Kommt die Inspektion für Gesundheitsversorgung aber bei einer Inspektion zu dem Ergebnis, dass die Vorschriften nicht eingehalten worden sind, so hat sie auch die Möglichkeit, Bußgelder zu verhängen[1167] oder sogar die Schließung von Stationen anzuordnen, wenn Mängel etwa in der Organisation bestehen. So wurde in einem Krankenhaus in Apeldoorn die Schließung einer Station angedroht, weil dort die Abteilung für medizinische Mikrobiologie aus dem Krankenhaus im Rahmen eines Outsourcings ausgegliedert worden war.[1168] Nach der Aussage des Sachverständigen Herrn Professor Dr. Friedrich ist das Vorgehen der Inspektion für Gesundheitsversorgung sehr streng. Auch die Geldstrafen würden stets so bemessen, dass sie für das Krankenhaus teurer seien, als die Kosten, den Mangel abzustellen.[1169]

Schließlich sorgt die Inspektion für Gesundheitsversorgung auch für Transparenz, indem sie Schwachstellen eines Krankenhauses veröffentlicht. Dabei ist die Schwelle, ab der eine Information öffentlich bekannt gegeben wird, sehr niedrig. So wird etwa

---

[1162] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2931.
[1163] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2931.
[1164] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2931.
[1165] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2972.
[1166] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2972.
[1167] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2941.
[1168] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2973.
[1169] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2974.

veröffentlicht, wenn es zu einem Ausbruch mit Vancomycin-resistenten-Enterokokken kommt, damit bei Verlegungen von Patienten diese in den aufnehmenden Krankenhäusern auch entsprechend überwacht und gescreent werden. Auch diese Öffentlichkeitsarbeit der Inspektion für Gesundheitsvorsorge stellt einen wichtigen Faktor dar, der die Krankenhäuser dazu motiviert, in der täglichen Arbeit hohe Qualitätskriterien einzuhalten.[1170]

12.3.4. Organisation der ambulanten und klinischen Versorgung

Die ambulante und klinische Versorgung ist in den Niederlanden anders als in Deutschland organisiert. So bindet sich in den Niederlanden ein Patient nach seiner Hausarztwahl für ein Jahr an den gewählten Hausarzt. Ein Patient muss deshalb immer, wenn er ambulant medizinisch behandelt werden will, zunächst seinen Hausarzt aufsuchen.[1171] Ferner sind Fachärzte ausschließlich in den Krankenhäusern angestellt und nicht als niedergelassene Fachärzte tätig.[1172] Diese Voraussetzungen ermöglichen es, dass in den Niederlanden besser als in Deutschland sichergestellt werden kann, dass die einzelnen Patienten vor einem elektiven Eingriff bereits durch ihren Hausarzt untersucht werden.[1173]

Daneben gibt es in den Niederlanden eine geringere Anzahl an Krankenhäusern als in Deutschland. So hat Nordrhein-Westfalen, das nach seiner Einwohneranzahl ungefähr den Niederlanden entspricht, über 400 Krankenhäuser, wohingegen es in den Niederlanden lediglich etwa 115 Krankenhäuser gibt. Gerechnet auf die Bevölkerungsanzahl gibt es in Deutschland zwischen drei- bis viermal mehr Krankenhausbetten. Dass in den Niederlanden dennoch, etwa für Isolierungsmaßnahmen, Kapazitäten freigehalten werden können, beruht insbesondere darauf, dass der Zugang zu einer klinischen Versorgung beschränkter ist. Die Patienten müssen sich etwa für elektive Maßnahmen auf eine Warteliste setzen lassen.[1174]

[1170] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2874 f.
[1171] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2942.
[1172] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2932.
[1173] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2942.
[1174] Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2931 f.

12.4. Zusammenfassung

Die medizinische Situation in den Niederlanden ist im Vergleich zu Deutschland durch sehr niedrige Raten von Besiedelungen und Infektionen mit dem Erreger MRSA gekennzeichnet. Hinsichtlich der Anzahl von Besiedelungen beziehungsweise Infektionen mit Klebsiellen, insbesondere ESBL-bildenden, besteht jedoch kein großer Unterschied.

Die Erfolge des niederländischen Gesundheitssystems in der Bekämpfung von multiresistenten Keimen beruhen vor allem auf einer Strategie, die durch die Schlagworte „search“, „restrict“, „contain“ und „follow“ gekennzeichnet ist. Mit „search“ ist gemeint, nach den Keimen gezielt zu suchen, und zwar bevor sie bei den jeweiligen Patienten Infektionen auslösen. Das Prinzip „restrict“ beinhaltet das Bemühen, die Gabe von Antibiotika in der Tiermedizin, in der Landwirtschaft und in der Humanmedizin zu reduzieren. Das Strategieelement „contain“ bezieht sich darauf, dass weitere Übertragungen von multiresistenten Erregern auf andere Menschen möglichst unterbunden werden. Das Schlagwort „follow“ beinhaltet schließlich, dass ein Patient möglichst so lange behandelt wird, bis eine Besiedelung mit multiresistenten Keimen nicht mehr vorliegt.

Zudem existiert mit dem Arzt für Mikrobiologie in den Niederlanden ein Facharzt, der in dieser Form in Deutschland nicht vorhanden ist, dem aber eine zentrale Rolle im Bereich der Krankenhaushygiene zukommt.

Ungeachtet der Unterschiede in den Gesundheitssystemen, sollten aufgrund der sehr positiven Entwicklung in Teilbereichen der Bekämpfung multiresistenter Keime in den Niederlanden, die dort getroffenen Maßnahmen genau dahingehend analysiert werden, ob durch eine Übertragung von Strategieelementen in das deutsche Gesundheitssystem ebenfalls Eindämmungseffekte erzielt werden können.

13. Zusammenfassende Bewertung

Zu dem Auftreten von Klebsiellen auf der neonatologischen Station des Klinikums Bremen-Mitte im Jahr 2005 konnten über die durch den seinerzeit am Klinikum Bremen-Mitte tätigen Krankenhaushygieniker, Herrn Dr. Holländer, getroffenen Feststellungen hinaus keine weitergehenden Erkenntnisse erlangt werden. Nach seiner Darstellung war nicht von einem Ausbruchsgeschehen auszugehen.

In der Neonatologie des Klinikums Bremen-Mitte kam es ferner in den Jahren von 2009 bis 2012 zu einem Ausbruch von ESBL-bildenden Klebsiella pneumoniae. Insgesamt waren 37 Kinder betroffen. Im Jahr 2011 waren 30 Kinder betroffen, von denen drei an dem Keim verstarben. Nach der Renovierung und Wiedereröffnung der Station 4027 im Januar 2012 kam es erneut zum Auftreten des genidentischen Keimes bei sechs Kindern. Im Nachhinein ließ sich durch eine nachträglich gefundene Probe im Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene rekonstruieren, dass der genidentische Keim bereits 2009 bei einem Kind auf der Neonatologie des Klinikums Bremen-Mitte festgestellt worden war.

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss wurde unter anderem mit dem Auftrag eingesetzt, die Umstände der Infektionswelle und der Todesfälle von frühgeborenen Kindern in der neonatologischen Intensivstation im Klinikum Bremen-Mitte aufzuklären. Eine Aufklärung der Ursache des Ausbruches der nosokomialen Infektion mit ESBL-bildenden Klebsiella-pneumoniae war jedoch nicht möglich; nach Auskunft von Experten gelingt dies in mehr als der Hälfte der Fälle nicht. Im Zusammenhang mit dem Hygiene- und Ausbruchsmanagement musste der parlamentarische Untersuchungsausschuss jedoch Mängel am Klinikum Bremen-Mitte und in der Gesundheit Nord feststellen. Zudem offenbarten sich strukturelle Probleme bei der senatorischen Behörde für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit sowie beim Gesundheitsamt Bremen als nachgeordnete Dienststelle der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit. Verschiedene im Verlauf des Untersuchungsverfahrens festgestellten Mängel sind von der Gesundheit Nord und von der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit bereits aufgegriffen worden.

Am **Klinikum Bremen-Mitte** bestanden in dem für das Ausbruchsgeschehen bedeutsamen Zeitraum erhebliche Mängel im Hygienemanagement. Aus der Sicht des parlamentarischen Untersuchungsausschusses war es bereits problematisch, dass die

Ärztliche Geschäftsführerin lediglich nebenamtlich tätig war und zudem die Verantwortung für den Bereich Krankenhaushygiene durch eine interne, nach außen unwirksame Vereinbarung auf Herrn Professor Dr. Huppertz übertragen hatte. Nunmehr ist am Klinikum Bremen-Mitte ein hauptamtlicher Ärztlicher Geschäftsführer tätig, der auch für die Krankenhaushygiene verantwortlich ist. Der Krankenhaushygieniker hatte nicht die nach bremischer Rechtslage erforderliche ärztliche Qualifikation. Zudem war er für eine Vielzahl weiterer Krankenhäuser und Sachgebiete zuständig. Er war darüber hinaus nur unzureichend in das Hygienemanagement des Klinikums eingebunden, weil ihm die Weisungsbefugnis für die Hygienefachkräfte fehlte. Zum 1. Juni 2012 wurden ein entsprechend der Rechtslage hinreichend qualifizierter Krankenhaushygieniker eingestellt und die Einbindung des Institutes für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene in die Struktur des Klinikums Bremen-Mitte überarbeitet. Der hygienebeauftrage Arzt der Neonatologie war für seine Tätigkeit nicht – wie von der KRINKO empfohlen – freigestellt. Die gesetzlich vorgeschriebene Dokumentation der aufgetretenen nosokomialen Infektionen war unzureichend. Auch die Pflegedokumentation war in Bezug auf die Möglichkeit der Aufklärung eines Ausbruchsgeschehens unzureichend. Im Bereich der Dokumentation werden derzeit durch die Gesundheit Nord entsprechende Maßnahmen eingeleitet. Die Zahl der Hygienefachkräfte am Klinikum Bremen-Mitte genügte zwar in etwa den damaligen gesetzlichen Vorgaben, jedoch nicht den Empfehlungen der KRINKO aus dem Jahr 2009. Die Qualifikation der stellvertretenden ärztlichen Leitung der Geburtshilfe des Klinikums Bremen-Mitte verstieß gegen die Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen für LEVEL 1-Perinatalzentren. Ansonsten aber entsprach die Besetzung der Neonatologie mit Ärzten diesen Vorgaben. Die Ausstattung mit Pflegepersonal war im Jahre 2011 vielfach problematisch. Der von den Fachgesellschaften empfohlene Betreuungsschlüssel wurde durchschnittlich überwiegend nicht erreicht. Bei der Bewertung ist allerdings zu berücksichtigen, dass auch nach Expertenmeinung ein einheitlicher Betreuungsschlüssel für die Neonatologie wegen der sehr unterschiedlichen Pflegebedürftigkeit der Kinder schwer festzulegen ist. Zur Behandlung des Ausbruchsgeschehens selbst war festzustellen, dass am Klinikum Bremen-Mitte zwar eine Leitlinie für Maßnahmen beim Auftreten von nosokomialen Infektionen bestand, die Festlegungen zum Ausbruchsmanagement und zur Einsetzung eines Ausbruchsmanagementsteams enthielt, diese Vorgaben wurden aber nicht vollständig umgesetzt. Wegen der mangelhaften Dokumentation von Befunden mit nosokomialen Infektionen wurde der Ausbruch erst mit erheblicher

Verspätung erkannt. Entsprechend erfolgte die vorgesehene Meldung an das Gesundheitsamt viel zu spät. Verspätet und erst auf Anraten des Gesundheitsamtes erfolgte die Einführung von Screening-Untersuchungen aller Kinder auf den betroffenen Stationen. Aus diesem Grund konnten auch Kohortierungsmaßnahmen erst verspätet erfolgen. Die Schließung der Station 4027 geschah erst auf behördliche Weisung.

Im Bereich der **Gesundheit Nord** war festzustellen, dass die Mängel im Hygienemanagement des Klinikums Bremen-Mitte hier nicht ausreichend zur Kenntnis genommen wurden. Gleiches gilt für die enge Personaldecke im Bereich der Neonatologie. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hat den Eindruck gewonnen, dass im Bereich Personal von Seiten der Gesundheit Nord vordringlich wirtschaftliche Ziele verfolgt wurden. Durch die neue Geschäftsführung der Gesundheit Nord sind insoweit veränderte Prioritäten angekündigt worden. Als Teil des „10-Punkte-Maßnahmenplanes“ wurde als Reaktion auf das Ausbruchsgeschehen eine Erhöhung der Zahl der Hygienebeauftragten und –fachkräfte in den Krankenhäusern der Gesundheit Nord beschlossen. Die durch eine Tochterfirma der Gesundheit Nord erbrachten Reinigungsleistungen wurden sowohl von Seiten des Klinikums Bremen-Mitte als auch durch externe Sachverständige erheblich kritisiert. Auch wenn sich manche Kritikpunkte nicht nachverfolgen ließen bzw. fachlich umstritten waren, ist festzustellen, dass in diesem Bereich erhebliche Mängel auf den untersuchten Stationen bestanden. Im Bereich der Schulung der Reinigungskräfte sind in den letzten Monaten bereits Veränderungen vorgenommen worden. Nach Ansicht des Ausschusses besteht kein direkter Zusammenhang zwischen der Zentralisierung der Reinigungsdienstleistungen in der Gesundheit Nord Dienstleistungen GmbH und den festgestellten Reinigungsmängeln. Zur Behandlung des Ausbruchsgeschehens selbst war festzustellen, dass die Gesundheit Nord in erheblichem Maße in die Aufarbeitung einbezogen war. Die Leitung eines Krisenstabes und die gesamte Öffentlichkeitsarbeit im Jahr 2011 erfolgten von hier. Eine sofortige Benachrichtigung der Holding bei Entdeckung des Ausbruches erfolgte nicht, insoweit hatte es die Gesundheit Nord versäumt, entsprechende Berichtswege zu implementieren. Die Gesundheit Nord reagierte bereits im November 2011 mit ihrem 10-Punkte-Maßnahmenplan auf das Ausbruchsgeschehen. Festzustellen ist, dass hier durch die Holding sehr konkrete Maßnahmen vorgegeben wurden, die eigentlich in die Zuständigkeit der Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte gehören. Die Kündigung von Herrn Professor Dr. Huppertz am 15. November 2011 erfolgte auf Veranlassung der

Geschäftsführung der Gesundheit Nord ohne Rücksprache mit der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit in ihrer Funktion als Vorsitzende des Aufsichtsrates der Gesundheit Nord. Vor dem Arbeitsgericht hatte diese Maßnahme keinen Bestand.

Im **Gesundheitsamt** als nachgeordnete Dienststelle der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit konnte dessen Referat „Infektionsepidemiologie“ (Abteilung 3, Referat 30) nach Erkenntnissen des parlamentarischen Untersuchungsausschusses aufgrund der quantitativen Besetzung in den letzten Jahren die ihm obliegenden Aufgaben nicht mehr vollständig wahrnehmen. Routinebegehungen von medizinischen Einrichtungen wurden auf ein nicht zu akzeptierendes Maß beschränkt, zudem wurde die Einhaltung von Hygienestandards in den bremischen Krankenhäusern nicht überprüft. Nachdem es von dem Ausbruch erfahren hatte, hat das Gesundheitsamt das Ausbruchsmanagement des Klinikums Bremen-Mitte in engagierter Weise unterstützt. Allerdings wurde der Ausbruch erst mit zeitlicher Verzögerung an die senatorische Behörde übermittelt, was dazu führte, dass auch das Robert Koch-Institut erst verspätet benachrichtigt wurde. Dies lag auch an der unklaren Verordnungslage hinsichtlich der Meldewege und der Funktion des Landeskompetenzzentrums. Diese Aufgabe ist nach Auffassung des parlamentarischen Untersuchungsausschusses in der senatorischen Behörde wahrzunehmen.

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss konnte keine Erkenntnisse darüber gewinnen, dass die **Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit** im Rahmen ihrer gesellschaftsrechtlichen Überwachungspflichten seit dem Bekanntwerden des Keimausbruchs den Hinweisen auf Mängel im Zusammenhang mit dem Untersuchungsgegenstand nicht ausreichend nachgegangen wäre. Es ist aber zu betonen, dass die Aufsichtsgremien der Gesundheit Nord in den Jahren vor dem Ausbruchsgeschehen ihr Augenmerk in erster Linie auf die wirtschaftliche Situation der Holding und der ihr angeschlossenen Krankenhäuser gelegt hatten.

Im Hinblick auf die Ausübung der Aufsicht über das Klinikum Bremen-Mitte im Rahmen der Gefahrenabwehr im Bereich Gesundheit musste der parlamentarische Untersuchungsausschuss Mängel feststellen. Zu beklagen ist die personelle Ausstattung der Abteilung 4 „Gesundheit“ in der senatorischen Behörde. Dort war seit dem 24. Dezember 2011 die Leitung nicht besetzt. Dies hatte u. a. zur Folge, dass in der gesamten senatorischen Behörde lediglich ein Humanmediziner tätig war. Der

Referent für Infektionsschutz, Herr Christelsohn, hatte bei Übernahme dieser Zuständigkeit seine fehlende ärztliche Qualifikation betont. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hat Zweifel daran, dass insoweit die Möglichkeit, medizinischen Sachverstand durch den Vorgesetzten heranziehen zu können, ausreichend ist, um die Position des Infektionsschutzreferenten umfassend auszufüllen. Im Referat des Herrn Christelsohn bestand eine weitere Unklarheit insoweit, als ihm nach der Geschäftsverteilung die Fachaufsicht über das Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene oblag. Das Institut untersteht jedoch als Teil des Klinikums Bremen-Mitte seit dem Jahr 2001 der Aufsicht durch die dortige Geschäftsführung. Hinsichtlich der Frage der Qualifikationsanforderungen für die Position einer Krankenhaushygienikerin bzw. eines Krankenhaushygienikers bestanden in der senatorischen Behörde offensichtlich Unklarheiten über den Inhalt der einschlägigen Vorschriften. Bei Erlass der Verfügungen vom 2. und 7. November 2011 handelte die senatorische Behörde in Umgehung der Infektionsschutz-Zuständigkeitsverordnung bewusst in Unzuständigkeit. Schließlich erfolgte die Aufsicht über das Gesundheitsamt unzureichend. Die hier bestehenden strukturellen und personellen Mängel wurden über einen langen Zeitraum hingenommen. Die Zuordnung der Zuständigkeit für die Übermittlung von Daten nach dem Infektionsschutzgesetz war nicht klar geregelt. Dies führte zu Missverständnissen bei den Mitarbeitern des Gesundheitsamtes. Im April 2012 wurde eine neue Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen erlassen, mit der in weitem Maße die Empfehlungen der KRINKO in bindendes bremisches Recht umgesetzt wurden. Im Sommer 2012 wurde eine Aufstockung des Personals des Gesundheitsamtes bewilligt.

14. Empfehlungen des Untersuchungsausschusses Klinikkeime

I. Klinikum Bremen Mitte sowie alle Krankenhäuser in Bremen

Klinikum Bremen Mitte:

1. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss empfiehlt, die Einhaltung der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses für die die Neonatologie betreffenden Bereiche regelmäßig zu überprüfen. Der staatlichen Deputation für Gesundheit ist ein Bericht nach Abschluss zu erstatten.

2. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss empfiehlt, die Planung des Teilersatzneubaues im Hinblick auf die Erkenntnisse aus dem Ausbruchsgeschehen hinsichtlich der hygienischen Anforderungen zu überprüfen und gegebenenfalls zu überarbeiten.

3. Nach Fertigstellung des Teilersatzneubaus erachtet es der parlamentarische Untersuchungsausschuss aus medizinischen Gründen für sinnvoll, eine erneute Zentralisierung der neonatologischen Behandlung im Bereich des neuerrichteten Eltern-Kind-Zentrums am Klinikum Bremen-Mitte zu realisieren. Zwingend notwendig erscheint dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit eines standortübergreifenden Ausfallkonzeptes.

4. Die personelle Ausstattung der neonatologischen Intensivstation sollte sich an der Maximalbelegung orientieren, weil ansonsten stationsfremdes Pflegepersonal in diesem spezialisierten Bereich eingesetzt werden müsste. Den Personalschlüsselempfehlungen des Robert Koch-Instituts beziehungsweise dessen Bezugnahme auf die Empfehlungen der Fachgesellschaft ist zu folgen.

II. Alle Krankenhäuser in Bremen:

1. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss bittet die staatliche Deputation für Gesundheit zu prüfen, inwieweit die Todesscheine für Todesfälle, die während einer stationären Behandlung eintreten, von Leichenschauärzten zu erstellen sind, die in die Behandlung des verstorbenen Patienten nicht eingebunden gewesen sind. Die Aufnahme einer verpflichtenden Regelung in das Gesetz über das Leichenwesen ist ebenfalls zu prüfen.

2. Hinsichtlich § 8 Abs. 3 S. 1 des Gesetzes über das Leichenwesen ist zu prüfen, ob klargestellt werden muss, dass in der Regel Anhaltspunkte dafür, dass der Tod in ursächlichem Zusammenhang mit einer Narkose, mit operativen oder anderen therapeutischen oder sonstigen medizinischen Maßnahmen einschließlich Schutzimpfung steht, bei jedem Todesfall während einer stationären Behandlung vorliegen.

3. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hält es für sinnvoll, den Hygieneplan des Klinikums Bremen-Mitte sowie die Hygienepläne der anderen Krankenhäuser des Klinikverbundes in regelmäßigen Abständen durch hausfremde Experten überprüfen zu lassen, wobei auch die Krankenhäuser in nicht kommunaler Trägerschaft aufgefordert werden, sich einer solchen Überprüfung zu unterziehen. Über das Ergebnis dieser Überprüfung in den Krankenhäusern des Klinikverbundes ist der staatlichen Deputation für Gesundheit zu berichten. Eine entsprechende Überprüfung sollte nach Ansicht des parlamentarischen Untersuchungsausschusses mindestens alle fünf Jahre erfolgen.

4. Die Krankenhäuser im Land Bremen werden aufgefordert, einen organisatorischen Rahmen für die Zusammenarbeit der Krankenhygieniker zu schaffen, die in der Umsetzung der Hygieneverordnung zukünftig von Krankenhäusern mit einer Anzahl von 400 oder mehr aufgestellten Betten im Umfang einer Vollzeitstelle beschäftigt werden müssen. Das Gesundheitsamt ist hierbei einzubeziehen.

III. Gesundheit Nord gGmbH

1. Die Konzernstruktur der Gesundheit Nord ist hinsichtlich der Struktur des standortübergreifenden Eltern-Kind-Zentrums zu überprüfen. Gerade in den hausübergreifenden Zentren müssen die Zuständigkeits- und Verantwortlichkeitsbereiche klar geregelt sein.

2. Zur Sicherung von Qualität und Sicherheit in der Krankenhausbehandlung muss das Qualitätsmanagement ein fester Tagesordnungspunkt in den Geschäftsführungssitzungen werden. Dem Aufsichtsrat ist hierüber jährlich zu berichten.

3. Die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten im Bereich des Hygienemanagements und der Reinigung sind eindeutig zuzuweisen.

4. Die Aufsichtsräte der Krankenhäuser des Klinikverbundes haben festzulegen, welche Informationen im Bereich der Krankenhaushygiene ihnen zur Wahrnehmung ihrer Aufsichtsfunktion regelmäßig vorzulegen sind.

5. Die Öffentlichkeitsarbeit der Gesundheit Nord muss ein hohes Maß an Transparenz sicherstellen.

IV. Hygienemanagement:

1. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss regt eine Prüfung dahingehend an, inwiefern das Institut für allgemeine Hygiene aufgrund seiner weitreichenden und übergeordneten Aufgabenfelder so unabhängig wie möglich von der Klinikstruktur des Klinikums Bremen-Mitte zu organisieren ist.

2. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss sieht es als dringende Aufgabe an, gemäß der neuen Hygieneverordnung an jedem

Krankenhaus des Klinikverbundes einen Krankenhaushygieniker in Vollzeit zu beschäftigen.

3. Aktuell muss nach Ansicht des parlamentarischen Untersuchungsausschusses sichergestellt werden, dass eine enge Begleitung der Level-1-Versorgung am Klinikum Links der Weser und der Level-2-Versorgung am Klinikum Bremen-Nord durch einen Krankenhaushygieniker gewährleistet ist.

4. Die neue Hygieneverordnung (Krankenhaushygieniker in Vollzeit) macht eine Trennung der Tätigkeit des Krankenhaushygienikers von den Leitungsaufgaben hinsichtlich des Instituts für allgemeine Hygiene notwendig.

5. Der Krankenhaushygieniker ist zu verpflichten, den Geschäftsführungen der jeweiligen Krankenhäuser des Klinikverbundes mitzuteilen, sofern seine Empfehlungen in einem Krankenhaus des Klinikverbundes nicht in angemessener Zeit umgesetzt werden.

6. Die Geschäftsführung der Gesundheit Nord hat zu überwachen, dass die Mitarbeiter im ärztlichen und pflegerischen Bereich sowie in der Reinigung ausreichend und regelmäßig im Bereich der Hygiene geschult werden. Die Schulungsmaßnahmen sind dauerhaft fortzuführen. Hierzu ist dem medizinischen Geschäftsführer der Gesundheit Nord regelmäßig durch die ärztlichen und pflegerischen Geschäftsführer der Krankenhäuser des Klinikverbundes zu berichten.

7. Im Rahmen des Qualitätsmanagements muss sichergestellt werden, dass Mitarbeiter Unregelmäßigkeiten im Hinblick auf Hygiene unabhängig von Stellung und Funktion dem Krankenhaushygieniker melden können müssen, ohne berufliche Nachteile befürchten zu müssen.

V. Reinigungsmanagement:

1. Aufgrund der festgestellten Reinigungsmängel empfiehlt der parlamentarische Untersuchungsausschuss, das gesamte Reinigungswesen innerhalb der Gesundheit Nord auch weiterhin einer regelmäßigen externen Begutachtung und Kontrolle zu unterziehen. Die Ergebnisse sind dem Aufsichtsrat der Gesundheit Nord vorzulegen. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss regt an, vor dem Hintergrund der Zentralisierung die in den Krankenhäusern des Klinikverbundes eingesetzten Reinigungsmittel und -verfahren zu vereinheitlichen.

2. Darüber hinaus erachtet es der parlamentarische Untersuchungsausschuss als notwendig, in hochsensiblen Bereichen festes Personal einzusetzen.

3. Zukünftig ist von der Geschäftsführung der Gesundheit Nord Dienstleistungen zu gewährleisten, dass die Reinigungsleistungen den Qualitätsanforderungen genügen, wie sie sich nach dem jeweiligen Stand der Wissenschaft ergeben.

4. Arbeitsanweisungen sind klar und verständlich zu formulieren.

VI. Gesundheitsamt

1. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss empfiehlt, die Kontrolle der Krankenhäuser durch das Gesundheitsamt zu intensivieren. Angestrebt werden sollte, den in § 10 der Hygieneverordnung vorgesehenen Überwachungszeitraum von zwei Jahren zu verkürzen. Es sollen auch unangekündigte Begehungen stattfinden. Über die Ergebnisse dieser Begehungen ist die staatliche Deputation für Gesundheit regelmäßig zu informieren.

2. Das Gesundheitsamt hat nach einer Begehung stets zu überprüfen, ob die ausgesprochenen Empfehlungen umgesetzt worden sind. Dies kann durch eine Nachbegehung erfolgen, aber auch durch eine Kontrolle seitens des Krankenhaushygienikers, der die Ergebnisse an das

Gesundheitsamt übermittelt und damit die Kontrolle der Umsetzung gewährleistet.

3. Das Gesundheitsamt hat sich regelmäßig und bei einer Begehung im Rahmen des Audits bestätigen zu lassen, ob seitens des Krankenhaushygienikers und der Hygienefachkräfte einzelne Behandlungsprozesse, Arbeitsabläufe und Reinigungsleistungen hinreichend überprüft worden sind.

4. Nach jeder Meldung eines gehäuften Auftretens nosokomialer Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist, ist seitens des Gesundheitsamtes eine Begehung unverzüglich durchzuführen.

5. Das Kontrollpersonal muss regelmäßig geschult werden, um auch eine Kontrolle sich verändernder Gefährdungspotentiale zu gewährleisten.

6. Das Gesundheitsamt soll in einem standardisierten Verfahren die Einhaltung der Vorgaben der Hygieneverordnung in den Krankenhäusern zumindest jährlich überprüfen.

7. Das Gesundheitsamt soll eine Rufbereitschaft für die Meldung von meldepflichtigen Vorfällen einrichten. Eine so erfolgte Meldung setzt die gesetzlich vorgeschriebenen Fristläufe in Gang.

8. Zu prüfen ist, ob mit der schon vorgenommenen Personalaufstockung beim Gesundheitsamt die zugewiesenen Aufgaben erfüllt werden können.

9. Die Zusammenarbeit sowie Informationswege zwischen dem Gesundheitsamt und der senatorischen Behörde ist bzw. sind eindeutig festzulegen und schriftlich zu fixieren. Der staatlichen Deputation für Gesundheit ist hierüber zu berichten.

VII. Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit

1. Die Aufgaben des Landeskompetenzzentrums sind nach Auffassung des parlamentarischen Untersuchungsausschusses in der senatorischen Behörde wahrzunehmen.

2. Die Senatorin für Gesundheit wird aufgefordert, die Hygieneverordnung im Lichte der nunmehr seitens der anderen Bundesländer erlassenen Hygieneverordnungen zu überprüfen. In Betracht kommt dabei u.a. die Funktion der Hygienebeauftragten Ärzte zu stärken, wie ein Vergleich mit der rheinland-pfälzischen Hygieneverordnung zeigt:

   a. Der hygienebeauftragte Arzt wirkt nach § 7 der rheinlandpfälzischen Hygieneverordnung bei der Einhaltung der Regeln der Hygiene und Infektionsprävention mit und ist insoweit weisungsbefugt, regt Verbesserungen der Hygienepläne und Funktionsabläufe an und beteiligt sich an der hausinternen Fortbildung des Personals zu Themen der Hygiene in der medizinischen Einrichtung.

   b. Entsprechend § 7 Abs. 2 der rheinland-pfälzischen Hygieneverordnung sollten in Hygiene ausreichend geschulte Ärzte mit Leitungserfahrung zu Hygienebeauftragten Ärzten bestellt werden.

3. Die Senatorin für Gesundheit wird zudem aufgefordert zu prüfen, ob die Aufgaben der Hygienebeauftragten in der Pflege ebenfalls in der Hygieneverordnung mit eigenständigen Rechten und Pflichten ausgestaltet werden sollten.

4. Die Senatorin für Gesundheit wird aufgefordert, sich für mehr Ausbildungsmöglichkeiten zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin an Bremischen Krankenhäusern sowie verstärkte Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen im Bereich der Krankenhaushygiene durch der Landesärztekammer einzusetzen.

5. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hält die Erhöhung des humanmedizinischen Sachverstandes in der senatorischen Behörde für geboten. Das Personal ist unter Berücksichtigung der neu zuzuweisenden Kompetenzen um mindestens eine Stelle aufzustocken.

VIII. Senat

1. Der Senat wird aufgefordert, darauf hinzuwirken, dass aufgrund der erhöhten Anforderungen, die an die Krankenhaushygiene durch das verstärkte Auftreten multiresistenter Keime zu stellen sind, durch die Gesetzgebung des Bundes eine ausreichende finanzielle Ausstattung der Kliniken gewährleistet wird.

2. Der Senat wird zur Sicherung der Finanzierung der Krankenhäuser im Land Bremen aufgefordert, sich auf der Bundesebene weiterhin dafür einzusetzen, dass

   a. Regelungen eingeführt werden, die die Einführung eines sachgerechten Orientierungswertes für Preissteigerungen von Krankenhausleistungen vorsehen und damit die vollständige Finanzierung der allgemeinen Kostenentwicklung der Krankenhausbetriebe zukünftig sichern;

   b. verbindliche Personalstandards in der Krankenhauspflege eingeführt werden, um einen ruinösen Wettbewerb auf Kosten der Beschäftigen und Patienten zu verhindern;

   c. ökonomische Anreize zur ungerechtfertigten „Mengenausweitung“ unterbunden werden;

   d. Unternehmensüberschüsse bei den Krankenhäusern verbleiben und nicht als Wirtschaftlichkeitsreserve aus dem Finanzierungssystem genommen werden dürfen;

e. die Weiterentwicklung der Krankenhausförderung und die Finanzierung bedarfsnotwendiger Investitionen im Bundesgebiet einheitlich gestaltet werden und der Weg u.a. in Richtung eines prozentualen Investitionszuschlags auf die Fallpauschalen konsequent verfolgt wird;

f. die volle Finanzierung der morbiditätsbedingten Mehrleistungen der Krankenhäuser erbracht wird.

3. Der Senat wird aufgefordert, sich für eine verstärkte Grundlagenforschung im Bereich der Hygiene sowie der Bekämpfung nosokomialer Infektionen einzusetzen.

4. Als eine zentrale Ursache für die Entstehung multiresistenter Keime wird die übermäßige Antibiotikavergabe in der Massentierhaltung angesehen. Der Senat wird deshalb aufgefordert, auf eine deutliche Reduzierung der Antibiotikavergabe in der Tierhaltung hinzuwirken und sich für eine Verschärfung der diesbezüglichen bundesgesetzlichen Regelungen einzusetzen. Die Verschreibung und der Verkauf tierärztlicher Medikamente sind voneinander zu trennen, das tierärztliche Dispensierrecht aufzuheben. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hält es darüber hinaus für begrüßenswert, wenn ein breiter Verzicht auf Lebensmittel aus konventioneller Massentierhaltung, zu einem Umdenken und zu einer Verringerung der pauschalen Antibiotikaverabreichung führen würde.

Verzeichnis der Anlagen

Anlage 1 Verfahrensordnung des Untersuchungsausschusses vom 1. Dezember 2011

Anlage 2 Beweisbeschlüsse I bis XXXII

Anlage 3 Zeugenliste

Anlage 4 Chronologie des Ausbruchsgeschehens

Anlage 5 Stationsbelegung und Pflegepersonalbesetzung der Station 4027 im Jahre 2011

Anlage 6 Stationsbelegung und Pflegepersonalbesetzung der Station 4027 im Januar und Februar 2012

Anlage 1

Verfahrensordnung des Untersuchungsausschusses zur „Aufklärung der Umstände der Infektionswelle und der Todesfälle von frühgeborenen Kindern in der neonatologischen Intensivstation im Klinikum Bremen-Mitte (KBM) sowie der damit in Zusammenhang stehenden mutmaßlichen Missachtung von Vorschriften der Krankenhaushygiene, der Nichtbeachtung von Meldevorschriften sowie struktureller, personeller und organisatorischer Mängel hinsichtlich der Einhaltung von Hygienevorschriften und Notwendigkeiten und Möglichkeiten von Verbesserungen in diesem Bereich“ - PUA Krankenhauskeime

beschlossen am 1. Dezember 2011

1. Bezeichnung des Untersuchungsausschusses

Der Ausschuss trägt die Kurzbezeichnung Untersuchungsausschuss „Krankenhauskeime“.

2. Teilnahme der stellvertretenden Mitglieder an den Ausschusssitzungen

Die stellvertretenden Mitglieder können an den nicht öffentlichen Sitzungen mit beratender Stimme teilnehmen. Bei den öffentlichen Beweisaufnahmen haben sie grundsätzlich kein Fragerecht, es sei denn, sie vertreten ein Mitglied.

Nach § 4 Abs. 3 Satz 2 Untersuchungsausschussgesetz besteht keine persönliche Stellvertretung. Ist ein ordentliches Mitglied verhindert, ist der Ausschussvorsitzenden mitzuteilen, durch welches stellvertretende Mitglied die Vertretung erfolgt.

3. Teilnahme von Fraktionsassistenten

Der Ausschuss ist mit der Teilnahme jeweils der namentlich benannten Fraktionsassistentinnen/Fraktionsassistenten an den nicht öffentlichen Sitzungen einverstanden. Die Fraktionsassistentinnen/Fraktionsassistenten werden darauf hingewiesen, dass sie hinsichtlich ihrer Verschwiegenheit den gleichen Pflichten

unterliegen wie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Bürgerschaftskanzlei. Sie werden nach dem Verpflichtungsgesetz verpflichtet.

4. Anwesenheit von Vertreterinnen und Vertretern des Senats

Im Hinblick auf Art. 98 Abs. 1 LV werden dem Senat Einladungen zu den Ausschusssitzungen übermittelt. Zu nicht öffentlichen Sitzungen haben Vertreterinnen oder Vertreter des Senats keinen Zutritt (Art. 98 Abs. 3 Satz 2 LV).

5. Protokollführung im Ausschuss

Von den Beweisaufnahmen werden Wortprotokolle, von den nicht öffentlichen Sitzungen grundsätzlich Beschlussprotokolle erstellt. Einsicht in die Protokolle der öffentlichen Beweisaufnahme wird erst gewährt, nachdem sie den vernommenen Zeugen vorgelegen haben.

6. Information der Presse

Die Information der Presse erfolgt durch mit allen Fraktionen abgestimmte Presseerklärungen oder durch Pressekonferenzen, an denen die Vorsitzende, der stellvertretende Vorsitzende und die Obleute der Fraktionen teilnehmen. Die übrigen Mitglieder und Stellvertreterinnen/Stellvertreter können teilnehmen.

7. Verwendung von Unterlagen

Unterlagen, die zuvor nicht allen Ausschussmitgliedern zur Verfügung gestellt worden sind, dürfen bei Zeugenbefragungen nicht herangezogen werden.

8. Schriftwechsel der Ausschussassistenz

Jeder im Ausschuss vertretenen Fraktion und den Fraktionsassistentinnen/Fraktionsassistenten wird ein Exemplar des geführten Schriftwechsels zur Verfügung gestellt ("Kleiner Verteiler").

9. Vervielfältigung der Akten

Die Fraktionen werden von dem Eingang des Aktenmaterials unterrichtet. Sie erhalten Gelegenheit, innerhalb von drei Wochen die Akten durchzusehen. Die von den Ausschussmitgliedern gekennzeichneten Unterlagen werden, sofern nicht nach Nr. 14 e) etwas anderes beschlossen wird, danach kopiert und an die Mitglieder und die

stellvertretenden Mitglieder des Ausschusses über die in der Geschäftsstelle eingerichteten Fächer verteilt.

10. Reihenfolge der Befragung

In den öffentlichen Beweisaufnahmen erhält zunächst die Vorsitzende, dann der stellvertretende Vorsitzende, dann die Vertreterin/der Vertreter der CDU-Fraktion und der Fraktion DIE LINKE die Möglichkeit zur Befragung. Nach Abschluss der ersten Befragungsrunde werden weitere Befragungen in der Reihenfolge der Wortmeldungen durchgeführt.

11. Rechtsstellung der Zeugen

Rechtsbeistände von Zeugen haben das Recht, bei der Vernehmung ihres Mandanten/ihrer Mandantin anwesend zu sein. Sie dürfen keine Beweisanträge stellen. Der Ausschuss wird aber Anregungen zu Beweiserhebungen entgegennehmen, sie prüfen und ihnen folgen, wenn er sie für berechtigt hält.

12. Öffentlichkeit der Beweiserhebung

Der Untersuchungsausschuss lässt Live-Rundfunkübertragungen bei öffentlichen Beweisaufnahmen nicht zu. Mitschnitte durch den Hörfunk sind bei öffentlichen Beweisaufnahmen zur Verwendung für O-Ton-Sequenzen in Reportagen zulässig. Fernsehaufnahmen sind bis zum Beginn der Sitzung gestattet.

Elektronische Live-Berichterstattungen in Form von Bloggen, Twittern, SMS, Statusmeldungen in soziale Netzwerke o.a. aus den Sitzungen des Untersuchungssauschusses sind nicht gestattet.

13. Behandlung anonymer Hinweise

Anonyme Hinweise werden in der Regel vom Ausschuss nicht berücksichtigt. Im Einzelfall entscheiden die Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende gemeinsam mit den Obleuten der CDU-Fraktion und der Fraktion DIE LINKE, ob ein anonymer Hinweis so substantiiert ist, dass er in die Beratungen eingeführt wird.

Bei anonymen Hinweisen, die nicht dem Ausschuss, sondern einzelnen Mitgliedern beziehungsweise Fraktionen zugehen, entscheidet zunächst das Mitglied

beziehungsweise die jeweilige Fraktion über die Relevanz des Hinweises. Halten sie ihn für substantiiert, wird der anonyme Hinweis der Vorsitzenden und ihrem Stellvertreter sowie den Obleuten der CDU-Fraktion und der Fraktion DIE LINKE zugeleitet, die über die weitere Verwendung befinden. In Zweifelsfällen entscheidet der Ausschuss, ob entsprechenden Hinweisen weiter nachgegangen wird.

14. Verfahren zur Behandlung von Akten

a) Akten oder Teile von Akten sind nur dann vertraulich, wenn der Untersuchungsausschuss dies nach § 7 Abs. 5 UAG beschließt.

b) Akten oder Teile von Akten, die von der übersendenden Stelle bei der Übergabe an den Untersuchungsausschuss ausdrücklich als „vertraulich“ gekennzeichnet werden, und die Ermittlungsakten der Staatsanwaltschaft gelten als vom Untersuchungsausschuss mit einem Beschluss nach § 7 Abs. 5 UAG versehen. Der Untersuchungsausschuss behält sich vor, einen Vertraulichkeitsbeschluss hinsichtlich einzelner Akten oder Aktenbestandteile für Zwecke der Verwendung in öffentlicher Beweisaufnahme und/oder im Abschlussbericht aufzuheben. Hat eine öffentliche Stelle Akten oder Aktenbestandteile für vertraulich erklärt, wird die Vertraulichkeit nur mit deren Einverständnis oder aufgrund gerichtlicher Entscheidungen aufgehoben.

Personenbezogene Daten, insbesondere Geschäfts- und Patientendaten, gelten auch ohne entsprechende Kennzeichnung nach Buchstabe b) als mit dem Beschluss „vertraulich“ nach § 7 Abs. 5 UAG versehen. Enthält eine Akte personenbezogene Daten, darf der Untersuchungsausschuss diese Daten, insbesondere im Rahmen einer öffentlichen Beweisaufnahme oder für seinen Abschlussbericht, nur anonymisiert verwenden, es sei denn der/die Betroffene hat in die weitere Verwendung eingewilligt.

Aufgrund des Vertraulichkeitsbeschlusses besteht im Hinblick auf den Inhalt der der Vertraulichkeit unterliegenden Akten die Pflicht zur Verschwiegenheit.

e) Die der Vertraulichkeit unterliegenden Akten sind zugänglich den

Mitgliedern und stellvertretenden Mitgliedern des Untersuchungsausschusses, den namentlich benannten Fraktionsassistentinnen/Fraktionsassistenten sowie den mit der Betreuung des Ausschusses beauftragten Bediensteten der Bürgerschaftskanzlei. Der Umgang mit diesen Akten ist im Verantwortungsbereich eines jeden Empfängers so zu organisieren, dass andere als die in Satz 1 genannten Personen keinen Zugang haben.

f) Für Akten von besonderer Schutzwürdigkeit (VS-Sachen, Personalakten, Patientendaten etc.) kann der Ausschuss abweichende und/oder ergänzende Regelungen beschließen, insbesondere die Übersendung an den Untersuchungsausschuss nur mit anonymisierten Daten erbitten, die Beschränkung der Einsichtnahme auf einzelne Personen nach Buchstabe e) Satz 1 oder die Verwendung der Informationen aus den Akten nur in vertraulicher Sitzung vorsehen.

g) Der Vertraulichkeit unterliegende Akten, die sich im Besitz der Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder des Untersuchungsausschusses und der Fraktionsassistenten befinden, sind nach Auflösung des Untersuchungsausschusses der Verwaltung der Bürgerschaft zwecks Vernichtung zurückzugeben.

h) Akten (vertrauliche und nicht vertrauliche) dürfen nur von den unter Buchstabe e) Satz 1 genannten Personen eingesehen und nur innerhalb dieses Personenkreises weitergegeben werden.

Anlage 2

Beweisbeschlüsse I bis XXXII

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 18. November 2011 beschlossen:

Beweisbeschluss I

Es soll Beweis erhoben werden zum Untersuchungsauftrag durch Beiziehung aller einschlägigen Unterlagen (auch Kranken- und Hygieneunterlagen) einschließlich der elektronischen Korrespondenz, der Organigramme und der Verwaltungsanweisungen aus den Senatsbereichen einschließlich der nachgeordneten Dienststellen, der zugeordneten Gesellschaften und der städtischen Kliniken sowie der Staatsanwaltschaft.

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 1. Dezember 2011 beschlossen:

Beweisbeschluss II

(ergänzt durch Beschluss vom 12. Januar 2012)

Es soll Beweis erhoben werden zum Untersuchungsauftrag durch Beiziehung des Berichts des Robert-Koch-Instituts zu den möglichen Ursachen für die Klebsiellen-Infektion in der Neonatologie im Klinikum Bremen-Mitte. Der Bericht wird zur Grundlage der Beweiserhebung.

Der Ausschuss bittet, ihm den Bericht unverzüglich nach Eingang zur Verfügung zu stellen.

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 1. Dezember 2011 beschlossen:

Beweisbeschluss III

(ergänzt durch Beschluss vom 12. Januar 2012)

Es soll Beweis erhoben werden zum Untersuchungsauftrag durch Beiziehung des Berichts, den der Sonderermittler Staatsrat Prof. Matthias Stauch im Auftrag des Senats zu den Todesfällen auf der neonatologischen Station des Klinikums Bremen-Mitte erstellt hat. Der Bericht wird zur Grundlage der Beweiserhebung.

Der Ausschuss bittet, ihm den Bericht unverzüglich nach Fertigstellung zur Verfügung zu stellen.

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 1. Dezember 2011 beschlossen:

Beweisbeschluss IV

Es soll Beweis erhoben werden zum Untersuchungsauftrag der Bremischen Bürgerschaft vom 18. November 2011, insbesondere zu folgenden Fragen:

Wie stellt sich die gesundheitliche Situation und medizinische Versorgung von Frühgeborenen in Deutschland dar und wie ist sie zu bewerten?

Wodurch unterscheiden sich sogenannte Level-1-Perinatalzentren von anderen Säuglingsstationen, auf denen Frühgeborene behandelt werden (z.B. bezogen auf personelle und technische Ausstattung, Qualifikation und Hygienestandards)?

Welche Auswirkungen hat die vom Gemeinsamen Bundesausschuss für die Versorgung von Frühgeborenen unter 1.250 g vorgegebene Mindestmenge von 30 Fällen pro Jahr auf die Qualität der Betreuung und den Erfolg der medizinischen Behandlung? Welche Kriterien sind daneben für die Ergebnisqualität relevant?

Wie und wodurch unterscheidet sich die Behandlung von Frühgeborenen in Deutschland von der in anderen Ländern?

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 6. Dezember 2011 beschlossen:

Beweisbeschluss V

(ergänzt durch Beschluss vom 12. Januar 2012)

Es soll Beweis erhoben werden zum Untersuchungsauftrag durch Beiziehung des Berichtes, den die BZH GmbH, Deutsches Beratungszentrum für Hygiene (Prof. Daschner) Freiburg, anlässlich der Todesfälle auf der neonatologischen Station des Klinikums Bremen-Mitte erstellt hat. Der Bericht wird zur Grundlage der Beweiserhebung.

Der Ausschuss bittet, ihm den Bericht unverzüglich nach Fertigstellung zur Verfügung zu stellen.

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 6. Dezember 2011 beschlossen:

Beweisbeschluss VI

Es soll Beweis erhoben werden zum Untersuchungsauftrag, insbesondere zu folgenden Fragen:

Welche Hygienestandards und welche Hygienestrukturen sind auf sogenannten Level-1-Perinatalzentren einzuhalten (z. B. bezogen auf die personelle und technische Ausstattung sowie Qualifikation des Personals)?

Wie stellt sich die gesundheitliche Situation hinsichtlich von Krankenhausinfektionen - insbesondere im Hinblick auf Klebsiellen-Infektionen - in Deutschland generell dar, und

welche Besonderheiten bestehen insofern hinsichtlich der gesundheitlichen Situation von so genannten Frühchen?

Inwiefern unterscheiden sich die Hygienestandards und Hygienestrukturen am Klinikum Bremen-Mitte - insbesondere auch im Hinblick auf die Versorgung von Frühgeborenen - von den Standards und Strukturen anderer Kliniken mit Level-1-Perinatalzentren in Deutschland?

Wie sind das von der Gesundheit Nord für die Neonatologie des Klinikums Bremen-Mitte vorgelegte Maßnahmenpaket und das Landesaktionsprogramm Krankenhaushygiene zu bewerten?

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 5. Januar 2012 beschlossen:

Beweisbeschluss VII

Es soll Beweis erhoben werden zum Untersuchungsauftrag, insbesondere zu folgenden Fragen:

Aus welchem Anlass und auf wessen Initiative wurde Staatsrat Prof. Matthias Stauch beauftragt, die Abläufe und Zusammenhänge im Hinblick auf den Ausbruch von ESBL bildenden Klebsiella pneumoniae im Zentrum für Kinderheilkunde Klinikum Bremen-Mitte im Jahr 2011 zu dokumentieren?

Auf welcher Informationsgrundlage ist der Bericht entstanden?

Durch wen sind die Informationen zur Verfügung gestellt worden und welche Informationen sind selbsttätig ermittelt worden?

Welche Methode ist angewandt worden?

Welche Feststellungen sind getroffen worden; insbesondere

- zu den geltenden bundes- und landesrechtlichen Vorschriften zur Krankenhaushygiene und den entsprechenden Meldevorschriften;
- zu den in Deutschland geltenden Hygienestandards;
- zur Umsetzung dieser Vorschriften und Standards im Klinikum Bremen-Mitte

zur personellen Verantwortung für die Umsetzung dieser Vorschriften und Standards

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 5. Januar 2012 beschlossen:

(geändert durch Beschluss vom 15. März 2012)

Beweisbeschluss VIII

Es soll Beweis erhoben werden zum Untersuchungsauftrag, insbesondere zu folgenden Fragen:

Welchen Arbeitsbereich umfasst die Tätigkeit des Robert Koch-Instituts?

Aus welchem Anlass und auf wessen Initiative wurde das Robert-Koch-Institut beauftragt, den Ausbruch von ESBL bildenden Klebsiella pneumoniae im Zentrum für Kinderheilkunde Klinikum Bremen-Mitte im Jahr 2011 und im Jahr 2012 zu untersuchen?

Welche Untersuchungen wurden jeweils vorgenommen und über welchen Zeitraum erstreckten sie sich?

Um welche Art von Bakterien handelt es sich bei ESBL bildenden Klebsiella pneumoniae (z.B. wie entwicklen sich Antibiotikoaresistenzen, welchen Lebensraum bevorzugen die Bakterien, wie werden sie übertragen, was macht ihre Gefährlichkeit aus, unter welchen Umständen überleben solche Bakterien in einem Krankenhaus, wie reagieren sie auf Antibiotika und auf Desinfektionsmittel)?

Wie oft wurden ESBL-Klebsiellen im Klinikum Bremen-Mitte in den letzten Jahren nachgewiesen und wie sind diese Nachweise zu bewerten?

Welche Feststellungen wurden zum Ausbruch von Klebsiellen auf der neonatologischen Station des Klinikum Bremen Mitte seit dem Jahr 2005 bis 2012 getroffen, insbesondere

zu den Infektionsquellen und Infektionsketten, die zum Ausbruch mit ESBL bildenden Klebsiella pneumoniae in der Neonatologie im Klinikum Bremen-Mitte geführt haben,

zur Umsetzung der geltenden Hygienevorschriften und -standards in der Neonatologie des Klinikums Bremen-Mitte und im Land Bremen durch

Hygiene-Pläne einschließlich Hygienekontrollen sowie deren Dokumentation, auch im Vergleich zu den Kliniken anderer Großstädte

zur personellen Ausstattung und Qualifikation des Klinikums Bremen-Mitte in den Bereichen Krankenhaushygiene und Neonatologie,

zu den eingeleiteten Maßnahmen des Klinikums Bremen-Mitte, der Gesundheit Nord, des Gesundheitsamtes und des Gesundheitsressorts seit Beginn der Infektion im konkreten Krisenfall,

zum Zeitpunkt und Umfang der Untersuchung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Neonatologie und des Klinikums Bremen-Mitte auf den in Rede stehenden Keim,

zur Art und zum Umfang der vorgeschriebenen Meldewege und den tatsächlichen Abläufen im zu untersuchenden Sachverhalt,

zum Hygienemanagement und Meldesystem im Vergleich zur Praxis an anderen Kliniken im Bundesgebiet und darüber hinaus und

zum Zeitpunkt der Information des medizinischen Personals in der betroffenen Klinik, der Angehörigen von betroffenen und neu eingewiesenen Patienten sowie der Öffentlichkeit.

Welche Empfehlungen wurden ausgesprochen zur medizinisch wünschenswerten und realisierbaren Verbesserung der Krankenhaushygiene und der laufenden Einbeziehung externen Sachverstands und wie wurden sie umgesetzt?

Wie beurteilen Sie die Klebsiellen Infektion in der Neonatologie im Klinikum Bremen Mitte vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit ähnlichen Vorfällen in anderen großen Kliniken wie in Mainz oder in Hamburg?

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 5. Januar 2012 beschlossen:

(ergänzt durch Beschluss vom 15. März 2012)

Beweisbeschluss IX

Es soll Beweis erhoben werden zum Untersuchungsauftrag, insbesondere zu folgenden Fragen:

Welchen Arbeitsbereich umfasst die Tätigkeit des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene (BZH GmbH) Freiburg?

Aus welchem Anlass und auf wessen Initiative wurde das Deutsche Beratungszentrum für Hygiene mit der Visitation des Bereichs Neonatologische Intensivmedizin am Klinikum Bremen-Mitte beauftragt?

Welche Ermittlungen wurden vorgenommen; über welchen Zeitraum erstreckte sich die Visitation?

Wer war an der Visitation beteiligt?

Welche Feststellungen wurden getroffen, insbesondere

zur Umsetzung der geltenden Hygienevorschriften in der Neonatologie des Klinikums Bremen-Mitte,

zur personellen Ausstattung und Qualifikation des Klinikums Bremen-Mitte in den Bereichen Krankenhaushygiene und Neonatologie,

zur Zusammenarbeit mit den Krankenkassen im Zusammenhang mit der Einhaltung der Vorschriften zur Krankenhaushygiene,

zu den eingeleiteten Maßnahmen des Klinikums Bremen-Mitte, der Gesundheit Nord, des Gesundheitsamtes und des Gesundheitsressorts seit Beginn der Infektion im konkreten Krisenfall und

zur Einhaltung der in Deutschland geltenden medizinischen Hygienestandards im Land Bremen durch Hygiene-Pläne einschließlich der Hygienekontrollen sowie deren Dokumentation, auch im Vergleich zu den Kliniken anderer Großstädte?

zum Hygienemanagement im Vergleich zur Praxis an anderen Kliniken im Bundesgebiet oder darüber hinaus.

Welche Empfehlungen wurden ausgesprochen zur medizinisch wünschenswerten und realisierbaren Verbesserung der Krankenhaushygiene und der laufenden Einbeziehung externen Sachverstands?

Wie beurteilen Sie die Situation nach dem erneuten Keimausbruch im Februar 2012?

Wie konnte es zu dem weiteren Keimausbruch im Februar 2012 kommen?

Welche weiteren Maßnahmen wurden empfohlen?

Beweisbeschluss X wurde aufgehoben

Beweisbeschluss XI wurde aufgehoben

Der Untersuchungsausschuss „Krankenhauskeime“ hat in seiner Sitzung am 19. Januar 2012 beschlossen, Beweisbeschluss XII ist obsolet ist, da er wörtlich in den Beweisbeschluss XXI übernommen worden ist.

Der Untersuchungsausschuss „Krankenhauskeime“ hat in seiner Sitzung am 19. Januar 2012 beschlossen, Beweisbeschluss XIII ist obsolet ist, da er wörtlich in den Beweisbeschluss XVI übernommen worden ist.

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 12. Januar 2012 beschlossen:

Beweisbeschluss XIV

Es soll Beweis erhoben werden zum Untersuchungsauftrag, insbesondere zu folgenden Fragen:

Welche Beobachtungen haben Eltern bezogen auf die Hygienezustände auf der Station für Frühgeborene im Klinikum Bremen-Mitte gemacht?

Welche Beobachtungen haben Eltern im Hinblick auf die Nutzung von Handschuhen, Kitteln oder die Desinfektion von Händen bei dem ärztlichen und dem Pflegepersonal gemacht?

Welche Beobachtungen haben Eltern im Hinblick auf die Anlieferung und Lagerung von medizinischem Verbrauchsmaterial, von Untersuchungsgeräten und von sonstigen im Krankenraum bzw. anderen den Eltern zugänglichen Räumlichkeiten gemacht?

Haben die Eltern eine Information über die Einhaltung von Hygienevorschriften erhalten? Wenn ja, wie sah diese aus?

Welche Anforderungen in Bezug auf die Hygiene wurden an die Eltern gestellt, wenn diese die Station der Frühgeborenen besuchten?

Wurden die Eltern nach eigenen Erkrankungen gefragt? Wenn ja, welche Konsequenzen hatte das Vorliegen eigener Erkrankungen auf die Besuche auf der Neonatologie?

Haben die Eltern Gespräche zwischen Ärzten, Hygienebeauftragten, Pflegekräften und Reinigungspersonal über den Hygienezustand bzw. Hygieneanforderungen im Klinikum Bremen-Mitte mitbekommen? Wenn ja, was war Gegenstand dieser Gespräche?

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 12. Januar 2012 beschlossen:

Beweisbeschluss XV

Es soll Beweis erhoben werden zum Untersuchungsauftrag, insbesondere zu der Frage,

welche Maßnahmen wurden durch das Klinikum Bremen-Mitte und die Gesundheit Nord seit Beginn der Klebsiellen-Infektion im konkreten Krisenfall eingeleitet

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 19. Januar 2012 beschlossen:

Beweisbeschluss XVI

(ergänzt durch Beschluss vom 9. Februar 2012 und vom 16. Februar 2012)

Es soll Beweis erhoben werden über

die Einhaltung der Vorschriften zur Krankenhaushygiene in den bremischen Kliniken, insbesondere Klinikum Bremen-Mitte, durch die Krankenhäuser selbst bzw. deren

Beauftragte oder Bevollmächtigte, die Gesundheit Nord sowie die zuständigen Aufsichtsbehörden, und

die Umsetzung und Einhaltung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern insbesondere über

Art und Umfang der geltenden bundes- und landesrechtlichen Vorschriften zur Krankenhaushygiene

Umsetzung der geltenden Hygienevorschriften in der Neonatologie am Klinikum Bremen-Mitte und im Klinikverbund Gesundheit Nord

Personelle Verantwortung für die Umsetzung der Hygienevorschriften in der Neonatologie und im Klinikverbund Gesundheit Nord

Personelle Ausstattung und Qualifikation in den Bereichen Krankenhaushygiene und Neonatologie im Klinikverbund Gesundheit Nord

Hygienemanagement im Klinikum Bremen-Mitte und in der Gesundheit Nord

Kontrolle und Aufsicht über die Einhaltung der in Deutschland geltenden Hygienestandards im Land Bremen durch Hygienepläne einschließlich der Hygienekontrollen sowie deren Dokumentation und die Aufsicht

Zeitpunkt und Umfang der Untersuchung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Neonatologie und des Klinikums Bremen-Mitte auf den in Rede stehenden Keim

Zusammenarbeit mit den Krankenkassen im Zusammenhang mit der Einhaltung der Krankenhaushygiene

sowie zu den Fragen

Welche finanziellen und personellen Mittel standen für Hygienemaßnahmen im Zusammenhang mit der Behandlung von Frühgeborenen zur Verfügung?

Erfolgten Freistellungen für die mit der Umsetzung von betrauten Mitarbeiter/innen? Wenn ja, in welchem Umfang und seit wann? Bitte den Zeitraum ab 2008 angeben

Welches Hygiene-Schulungskonzept gab es für die Mitarbeiter/innen des Klinikums Bremen-Mitte? Wie wurde sichergestellt, dass die Mitarbeiter die Schulung auch verstanden haben? Wie erfolgte die Überwachung der

Hygieneanforderungen? Wer hat die Schulungen vorgenommen?

Wurde externer Sachverstand für die Umsetzung der Schulungen

in Anspruch genommen?

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung 19. Januar 2012 beschlossen:

Beweisbeschluss XVII

(ergänzt durch Umlaufbeschluss vom 27. März 2012)

Es soll Beweis erhoben werden über

Art und Umfang der vorgeschriebenen Meldewege und deren Beachtung sowie die Information der Öffentlichkeit durch die Behörde der Senatorin für Gesundheit im vorliegenden Fall und allgemein das vorgesehene Reaktionssystem im Krisenfall, insbesondere über

- die personelle Verantwortung für die Umsetzung der Meldevorschriften am Klinikum Bremen-Mitte
- Art und Umfang der vorgeschriebenen Meldewege und tatsächlicher Ablauf im zu untersuchenden Sachverhalt
- den Zeitpunkt der Information des medizinischen Personals in der betroffenen Klinik, der Angehörigen und neu eingewiesener Patienten sowie der Öffentlichkeit
- den Umgang mit den Todesfällen unter Berücksichtigung der melderechtlichen Vorschriften nach dem Leichengesetz
- sowie über die Steuerungsprozesse und Entscheidungsstrukturen im Klinikum Bremen-Mitte, im Klinikverbund Gesundheit Nord, in der senatorischen Behörde und in deren nachgeordneten Dienststellen in den Bereichen Hygiene, Infektionsschutz und Meldepflichten, insbesondere über

    - innerbetriebliche Abläufe und Strukturen im Klinikum Bremen-Mitte und im Klinikverbund, die ein frühzeitiges Erkennen der Krisensituation beeinflusst haben

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung 19. Januar 2012 beschlossen:

Beweisbeschluss XVIII

(ergänzt durch Beschluss vom 16. Februar 2012 und durch Umlaufbeschluss vom 27. März 2012)

Es soll Beweis erhoben werden über

die Auswirkung des Zentrenkonzepts der Gesundheit Nord im Bereich der Neonatologie

die Auswirkung der Zusammenführung der Neonatologie von den Kliniken Links der Weser und Bremen-Nord am Klinikum Bremen-Mitte im Hinblick auf den konkreten Krisenfall und im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung insgesamt.

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 19. Januar 2012 beschlossen:

Beweisbeschluss XIX

Es soll Beweis erhoben werden über

die politische und administrative Verantwortung des Senats, insbesondere der Senatorin für Gesundheit, als Senatorin und Vorsitzende des Aufsichtsrats des Klinikverbundes ‘Gesundheit Nord‘, insbesondere betreffend die Kontrolle und Aufsicht des Klinikverbundes ‘Gesundheit Nord‘.

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 19. Januar 2012 beschlossen:

Beweisbeschluss XX

(ergänzt durch Beschluss vom 16. Februar 2012;
geändert durch Beschluss vom 12. April 2012)

Es soll Beweis erhoben werden über

die Bedingungen und das Management hinsichtlich der Untersuchungsgegenstände an anderen Krankenhäusern, insbesondere über

die personelle Ausstattung und Qualifikation in den Bereichen Krankenhaushygiene und Neonatologie an Krankenhäusern anderer Großstädte

die Einhaltung der in Deutschland geltenden Hygienestandards durch Hygienepläne einschließlich der Hygienekontrollen sowie deren Dokumentation an Krankenhäusern anderer Großstädte

das Hygienemanagement und Meldesystem anderer Kliniken im Bundesgebiet oder darüber hinaus

Konsequenzen, die nach den durch vergleichbare Infektionen verursachten Zwischenfällen an anderen Kliniken gezogen worden sind

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 19. Januar 2012 beschlossen:

Beweisbeschluss XXI

(ergänzt durch Beschlüsse vom 16. Februar 2012 und 29. Juni 2012 und durch Umlaufbeschluss vom 27. März 2012)

Es soll Beweis erhoben werden über

die Konsequenzen aus dem zu untersuchenden Sachverhalt für die Einhaltung, Verbesserung und Weiterentwicklung der Krankenhaushygiene im Land Bremen sowie der Meldevorschriften innerhalb des Gesundheitsressorts, seiner nachgeordneten Dienststellen und zwischen diesen Behörden, insbesondere über

eingeleitete Maßnahmen des Klinikums Bremen-Mitte, der Gesundheit Nord, des Gesundheitsamtes und des Gesundheitsressorts seit Beginn der Infektion im konkreten Krisenfall

die medizinisch wünschenswerten und realisierbaren Möglichkeiten der Verbesserung der Krankenhaushygiene und laufende Einbeziehung von externem Sachverstand

sowie zu den Fragen

Welche Ergebnisse und Konsequenzen sind für die Neonatologie im Klinikum Bremen-Mitte aus dem Zwischenbericht des Robert Koch Instituts zu ziehen (bezogen auf die personelle und technische Ausstattung, Qualifikation, Hygienemanagement, Surveillance)?

Wie wurden die Ergebnisse auf Grundlage der Empfehlungen im Zwischenbericht des Robert Koch Instituts bereits umgesetzt und welche weiteren Maßnahmen sind geplant?

Waren die Aussagen und Empfehlungen des Robert Koch-Instituts zu den erforderlichen Hygienemaßnahmen Ihnen inhaltlich vor Erstellung des Berichts bekannt?

Wenn ja, warum wurden Sie nicht umgesetzt? Welches waren ggf. die Gründe für die Nichtumsetzung?

Wenn nein, warum haben Sie sich nicht über die Hygieneanforderungen informiert? Was stand der Information ggf. im Wege?

Beweisbeschluss XXII wurde aufgehoben

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 1. März 2012 beschlossen:

Beweisbeschluss XXIII

Es soll Beweis erhoben werden zum Untersuchungsauftrag, insbesondere zu folgendem Gegenstand:

Untersuchung der Vorgänge über nachgewiesene Klebsiellen-Keime im Klinikum Bremen-Mitte im Jahr 2005

Nach Informationen sind im Klinikum Bremen-Mitte bereits im Jahr 2005 Klebsiellen-Keime festgestellt worden. In diesem Zusammenhang seien diese Keime bei sechs Frühgeborenen nachgewiesen worden. Es ist nicht auszuschließen, dass der Tod von Frühgeborenen im Jahr 2005 im Klinikum Bremen-Mitte mit den Klebsiellen-Keimen in Verbindung steht. Insofern ist dieser Sachverhalt für die weitere Aufklärung im Rahmen des Untersuchungsauftrages (Drs. 18/132) von Bedeutung und der Untersuchungsausschuss möge ihn in seine Untersuchungen einzubeziehen.

Zudem habe der Untersuchungsausschuss die Akten über diese Vorfälle im Jahr 2005, insbesondere vom Klinikverbund Gesundheit Nord (Geno), anzufordern.

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 6. März 2012 beschlossen:

Beweisbeschluss XXIV

Es soll Beweis erhoben werden zum Untersuchungsauftrag, insbesondere zu Einleitung, Fortgang und Sachstand der strafrechtlichen Ermittlungen.

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 15. März 2012 beschlossen:

Beweisbeschluss XXV

(geändert durch Beschluss vom 12. April 2012)

Es soll Beweis erhoben werden über die personelle Ausstattung und Qualifikation im Bereich Neonatologie im Klinikverbund Gesundheit Nord, insbesondere zu den Fragen:

Wie war die personelle Ausstattung der Stationen 4027 und 4028 mit pflegerischem und mit ärztlichem Personal in den Jahren 2010 und 2011?
Wie sind die Entscheidungen über die Ausstattung mit pflegerischem und ärztlichem

Personal getroffen worden, von wem, aufgrund welcher Beratungs- und Entscheidungsprozesse und unter Beteiligung welcher Personen, Institutionen, Gremien und externen Organisationen?
Welche Hinweise auf Probleme mit der pflegerischen und ärztlichen Personalausstattung gab es, welche Diskussionen wurden dazu geführt, und welche Konsequenzen hatten sie?
Wie wird die tatsächliche personelle Ausstattung dokumentiert, wie wird sichergestellt dass die Dokumentation der Realität entspricht, welche nachträglichen Veränderungen werden vorgenommen und wie ist gesichert, dass diese der Realität entsprechen?
Welche Konsequenzen hinsichtlich der pflegerischen und ärztlichen Personalausstattung sind nach November 2011 gezogen und welche Maßnahme ergriffen worden, und wie hat sich die Situation dadurch verändert?

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 22. Mai 2012 beschlossen:

Beweisbeschluss XXVI

(geändert durch Umlaufbeschluss vom 24.5.2012 und

durch Beschluss vom 31. Mai 2012)

Es soll Beweis erhoben werden zum Auftreten von ESBL-Klebsiellen auf der Station 3911 (Kinderchirurgie) am Klinikum Bremen-Mitte Anfang Mai 2012, insbesondere zu folgenden Fragen:

In welchem Umfang handelt es sich dabei um den Stamm des Ausbruchs 2009-2012 auf der neonatologischen Intensivstation des KBM?

Wie wurde das Auftreten des Keims festgestellt und dokumentiert?

Welche Maßnahmen zum Patientenschutz wurden getroffen?

Welche Untersuchungen zum Auftreten des Keimes wurden durchgeführt und mit welchem Ergebnis?

Welche möglichen Ursachen für die Klebsiellen-Übertragung ergeben sich nach dem gegenwärtigen Erkenntnisstand?

Ergeben sich Unterschiede zu den möglichen Übertragungswegen früherer Klebsiellen-Funde am KBM?

Welche Hygienestandards, -maßnahmen und -vorkehrungen bestanden auf der Station 3911 zum Zeitpunkt des Auftretens des ESBL-Klebsiellen-Befundes und waren diese ausreichend?

Wer wurde wann über das Auftreten des Keimes informiert?

Wie sind die Ergebnisse der Untersuchungen verarbeitet und/oder gemeldet worden?

Wie und mit welchen Ergebnissen haben sich die für die Krankenhaushygiene verantwortlichen Personen und Gremien mit dem Auftreten des Keimes befasst?

Wie erfolgte die Zusammenarbeit zwischen dem Klinikum Links der Weser und dem KBM im Rahmen des Hygienemanagements?

durch Anhörung der Zeugen/Sachverständigen:

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 31. Mai 2012 beschlossen:

Beweisbeschluss XXVII
(ergänzt durch Beschluss vom 15.6.2012)

Im Rahmen der Beweisaufnahme im parlamentarischen Untersuchungsausschuss „Krankenhauskeime“ ist ein Gutachten der BZH GmbH – Deutsches Beratungszentrum für Hygiene vom 20. Februar 2012 Gegenstand der Ermittlungen geworden.

Es soll Beweis erhoben werden zum Untersuchungsauftrag, insbesondere zu folgenden Fragen:

Wie sind die Reinigungsdienstleistungen in den Kliniken der Gesundheit Nord organisiert?

Welche Veränderungen hat es in den letzten Jahren im Reinigungsbereich gegeben und welche Auswirkungen hatten sie auf die Reinigung der Neonatologie des Klinikums Bremen-Mitte?

Welche Hygienevorschriften sind bei der Reinigung von Intensivstationen und insbesondere bei der Reinigung der Neonatologie des Klinikums Bremen-Mitte zu beachten?

Wie wird sichergestellt, dass die Hygienevorschriften für den Reinigungsbereich eingehalten werden und wie werden die Reinigungsdienstleitungen kontrolliert und wie häufig?

Wie häufig werden die Reinigungsanweisungen dahingehend überprüft, ob es Veränderungsbedarfe aufgrund neuer Gesetze, Verordnungen oder Richtlinien gibt?

Sind Gutachten oder Berichte in Auftrag gegeben worden, um die Reinigungsdienstleistungen zu auditieren und zu welchen Ergebnissen sind diese gelangt?

Wie viele Beschwerden und Überlastanzeigen gab es seit 2005 über die Reinigungsdienstleistungen im Klinikum Bremen-Mitte? Wie wurde damit umgegangen?

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 12. Juni 2012 beschlossen:

Beweisbeschluss XXVIII

Es soll Beweis erhoben werden über die Umstände der Wiedereröffnung der Frühgeborenen-Station am Klinikum Bremen-Mitte am 9. Januar 2012, insbesondere zu den Fragen:

Wer hat die Entscheidung zur Wiedereröffnung der Station getroffen?

Gab es Hinweise auf Risiken, die einer Wiedereröffnung der Station möglicherweise entgegenstehen?

Welche Probleme und Mängel sind möglicherweise bei der Desinfektion und Reinigung der Station nach ihrer Schließung aufgetreten?

Nach welchen Vorgaben, Richtlinien, Beschlüssen etc. erfolgte die Reinigung/Desinfektion der Station? Ist dabei von üblichen Verfahren abgewichen worden?

Welche Veränderungen gegenüber dem Stationsbetrieb vor der Schließung sind bei der Wiedereröffnung vorgenommen worden? Welche Änderungen von Prozessabläufen, welche Schulungen, welche Änderungen der personellen Ausstattung sind vorgenommen worden?

Welche Hygieneuntersuchungen wurden vor und nach der Wiedereröffnung der Station durchgeführt? Von wem wurden sie ausgewertet?

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 12. Juni 2012 beschlossen:

Beweisbeschluss XXIX

(geändert durch Beschluss vom 14.6.2012)

Es soll Beweis erhoben werden über die Verkeimung eines Dosiergerätes für Desinfektionsmittel am Klinikum Bremen-Mitte und seiner möglichen Rolle für den Keimausbruch, insbesondere zu den Fragen:

Welche genauen Befunde zur Verkeimung des Dosiergerätes liegen vor?

Welche Auswirkungen hatte die Verkeimung des Dosiergerätes?

Wodurch kann die Verkeimung des Dosiergeräts bewirkt worden sein?

In wessen Zuständigkeit und/oder Verantwortung fällt die Verkeimung des Dosiergeräts?

Welche Schlussfolgerungen für Ursache und Verlauf des Ausbruchs lassen sich aus den vorliegenden Befunden hinsichtlich des Dosiergerätes ziehen?

Welche weiteren Erkenntnisse hinsichtlich der Verkeimung des Dosiergerätes sind noch zu erwarten?

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 21. Juni 2012 beschlossen:

Beweisbeschluss XXX

Im Rahmen des Untersuchungsauftrages sollen die möglichen Ursachen für die Klebsiellen-Infektion auf der Neonatologie im Klinikum Bremen-Mitte erforscht werden. Als mögliche Keimquelle und Ursache wird nun eine Verunreinigung eines Trinkwasserschlauches des Desinfektionsmittel-Dosiergerätes diskutiert. In einem Teilstück des Trinkwasserschlauches wurde der Nachweis von Klebsiella pneumoniae-DNA erbracht.

Es soll Beweis erhoben werden zum Untersuchungsauftrag, insbesondere zu folgenden Fragen:

Welche Keimquellen werden bei einem Keimausbruch bei der Quellensuche grundsätzlich in Betracht gezogen, insbesondere bei Auftreten von Klebsiellen auf neonatologischen Intensivstationen?

Gibt es wissenschaftliche Studien hinsichtlich der Häufigkeit der nachgewiesenen Quellen eines Keimausbruchs und eine daran orientierte Prioritätenliste bei der Suche nach einer möglichen Quelle, insbesondere bei einem Klebsiellenausbruch?

Welche rechtlichen Grundlagen, Richtlinien und Vorgaben von Instituten sind bei der Verwendung von Dosierungsanlagen für Desinfektionsmittel einzuhalten und wem obliegt die Überwachung der Einhaltung dieser rechtlichen Grundlagen und Vorgaben?

Gibt es wissenschaftliche Studien oder Berichte, bezüglich der Verunreinigung von Desinfektionslösungen durch Dosierungsanlagen für Desinfektionsmittel und die erforderliche Menge an Keimen beziehungsweise Erregern die notwendig sind, um die Wirkung der Desinfektionslösung aufzuheben?

Ist es wissenschaftlich erklärbar, dass eine verunreinigte Desinfektionslösung aus einem Desinfektionsmittel-Dosiergerät zur Herstellung der Desinfektionsmittellösung für Behältnisse mit Tüchern zur Wischdesinfektion für Handkontaktflächen bei Anwendung zur Reinigung auf einer neonatologischen Intensivstation zu einer Besiedelung der dort behandelten Kinder führen kann?

Ist es wissenschaftlich erklärbar, dass es zu einer Besiedelung von Kindern und späteren Übertragung auf einer neonatologischen Intensivstation kommen kann, wenn eine verunreinigte Desinfektionslösung verwendet wird und im Übrigen alle Reinigungs- und Hygienevorschriften eingehalten werden?

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 29. Juni 2012 beschlossen:

Beweisbeschluss XXXI

Es soll Beweis erhoben werden zu folgenden Fragen:

Wie wurden Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen auf der neonatologischen Station am Klinikum Bremen-Mitte nach Bekanntwerden eines Ausbruchs von ESBL-bildenden Klebsiella pneumoniae durchgeführt?

Welche Arbeitsanweisungen gab es bezüglich der Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen?

Welche Kontrollen und Schulungsmaßnahmen fanden bezüglich der Reinigung und Durchführung von Desinfektionsmaßnahmen statt?

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 13. September 2012 beschlossen:

Beweisbeschluss XXXII

Der von der Staatsanwaltschaft Bremen beauftragte Sachverständige Prof. Prof. h.c. Dr. med. Walter Popp hat im Rahmen des staatsanwaltlichen Ermittlungsverfahren ein umfangreiches Gutachten erstellt [Band 207]. In diesem Gutachten werden der Geschäftsführung der Gesundheit Nord gGmbH der Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte, dem Hygienemanagement, dem Gesundheitsamt und der senatorischen Gesundheitsbehörde erhebliche Sorgfaltspflichtverletzungen und Versäumnisse attestiert.

Es soll daher darüber Beweis erhoben werden,

inwiefern insbesondere die Gesundheitsbehörde Sorgfaltspflichtverletzungen begangen hat, die zum Keimausbruch am Klinikum Bremen-Mitte geführt haben, diesen unterstützt haben oder einer effektive und schnelle Bekämpfung des Keimausbruchs behindert haben,

ob und inwiefern die Krankenhaus Hygieneverordnung seit ihrem Inkrafttreten an die jeweils aktuell gültigen Hygieneempfehlungen (KRINKO) oder andere bundeseinheitliche Standards und/oder Empfehlungen angepasst wurde und welche Auswirkungen die Nichtanpassungen auf den Keimausbruch hatten,

welche Strukturen und Prozesse seitens der Gesundheitsbehörde implementiert wurden um die Einhaltung der Vorschriften der Hygieneverordnung in den Kliniken zu überwachen,

inwieweit die senatorische Behörde im November 2011 organisatorisch und personell auf das Ausbruchsmanagement vorbereitet war und welche Änderungen insofern seit November 2011 vorgenommen wurden.

Anlage 3

Zeugenliste

Lfd. Nr.	Name	Vorname	Funktion
1.	Albrecht 19.04.2012	Dr. Klaus	ehem. Direktor der Klinik für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin, Klinikum Bremen Mitte Protokoll 15/1960-15/2032
2.	Badenhop 17.04.2012	Sabrina	Elternteil - Vernehmung in nicht öffentlicher Sitzung -
3.	Badenhop 17.04.2012	Björn	Elternteil - Vernehmung in nicht öffentlicher Sitzung -
4.	Benz 09.02.2012	Rita	Leiterin Krankenhaushygiene Klinikum Bremen Mitte Protokoll 5/671-5/673
5.	Bergmann 07.02.2012	Prof. Dr. Markus	Institut für Neuropathologie Protokoll 4/644-4/656
6.	Birkholz 07.02.2012	Prof. Dr. med. Michael	Institut für Neuropathologie Protokoll 4/614-4/643
7.	Böhle	PD Dr. Arnd	Leiter der Klinik für Allgemein- und Unfallchirurgie LDW und kommissarischer ärztlicher Direktor KBM Protokoll 26/3705-26/3723
8.	Bojang 12.04.2012	Sandra	Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, Station 4027, Klinikum Bremen Mitte Protokoll 13/1619-13/1621
9.	Brasch 07.02.2012	Dr. med. Frank	Klinikum Bielefeld Mitte, Institut für Pathologie Protokoll4/570-4/581
10.	Christelsohn 13.04.2012	Matthias	Referent für Infektionsschutz, Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit Protokoll 14/1821-14/1888
11.	Danne	Irmgard	Prozess- und Qualitäts-management, Gesundheit Nord Klinikverbund Bremen Protokoll 11/1260-11/1282
12.	Darge 28.02.2012	Christan	Rechtsanwalt - Vernehmung in nicht öffentlicher Sitzung -
13.	Dernedde	Jutta	Medizinische Geschäftsführerin Gesundheit Nord gGmbH Protokoll 23/3295-23/3375

Lfd. Nr.	Name	Vorname	Funktion
14.	Deutschmann 28.02.2012	Dr. Walter	Apothekendirektor Klinikum Bremen Mitte Protokoll 8/954-8/983
15.	Dullin 15.03.2012	Dr. Joachim	Abteilungsleiter Gesundheit und Umwelt, Gesundheitsamt Protokoll 12/1425-12/1490
16.	Eckmanns 19.04.2012	Dr. Tim	Robert Koch-Institut Protokoll 15/2033-15/2172 Protokoll 25/3513-25/3583
17.	Eikenberg 05.07.2012	Martin	Institutsdirektor Allg. Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene, Klinikum Bremen Mitte Protokoll 30/4395-30/4471
18.	Eikmann 12.01.2012	Prof. Dr. Thomas	Universitätsklinikum Gießen Institut für Hygiene und Umweltmedizin Protokoll 2/86-2/185
19.	Exner	Prof. Dr. Martin	Institut für Hygiene und öffentliche Gesundheit Universität Bonn Protokoll 29/4157-29/4255
20.	Fischer 09.03.2012	Thomas Helmut Alfred	Betriebsratsvorsitzender Gesundheit Nord Dienstleistungs GmbH Protokoll 11/13001338
21.	Freeden 10.05.2012	Beate von	Polizeibeamtin - Vernehmung in nicht öffentlicher Sitzung -
22.	Friedrich 19.04.2012	PD Dr. Alexander W.	Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene Universitätsklinikum Groningen Protokoll 21/2927-21/2994
23.	Gitter	Dr. Heidrun	Leitende Oberärztin in der Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurulogie, KBM Protokoll 23/3180-23/3294
24.	Gmajnic 03.05.2012	Tomislav	Kaufmännischer Geschäftsführer, Gesundheit Nord Klinikverbund Bremen Protokoll 18/2456-18/2525 Protokoll 25/3625-25/3668
25.	Gottwald 04.05.2012	Dr. Helmut	Referat 02, Beteiligungsmanagement Senatorin für Bildung Wissenschaft und Gesundheit Protokoll 17/2398-17/2450
26.	Götz	Dr. Martin	Referatsleiter, Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit Protokoll 21/2839-21/2926 Protokoll 25/3584-25/3624
27.	Götz 09.03.2012	Karla	Pressereferentin, Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit

Lfd. Nr.	Name	Vorname	Funktion
			Protokoll 11/1282-1300
28.	Gruhl 13.04.212	Dr. Matthias	Abteilungsleiter Gesundheit, Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit Protokoll 14/1889-14/1955
29.	Hall 12.04.2012	Patrick van	Bereichspflegeleitung Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin, Station 4027, Klinikum Bremen Mitte Protokoll 13/1617-13/1619
30.	Hansen 08.03.2012	Dr. Diethelm	Geschäftsführer Klinikmanagement/ Sprecher der Geschäftsführung, Gesundheit Nord Klinikverbund Bremen Protokoll 1088-10/1256
31.	Heckmann 04.05.2012	Dr. Volker	Assistenzarzt, Station 1 (Pädiatrische Aufnahme), Klinikum Bremen-Mitte Protokoll 17/2337-17/2397
32.	Herting 19.12.2011	Prof. Dr. Egbert	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Protokoll 1/1-1/85
33.	Hiller 16.02.2012	Dr. Ruth	Medizinisches Versorgungszentrum Bremen Protokoll 6/837-6/845
34.	Holländer 17.02.2012	Priv. Doz. Dr. Reinhard	Direktor a. D. Institut für allg. Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene, Klinikum Bremen Mitte Protokoll 7/853-7/923
35.	Hollnagel 03.05.2012	Thomas	Betriebsratsvorsitzender Klinikum Bremen Mitte Protokoll 18/2527-18/2607
36.	Huppertz 09.02.2012	Prof. Dr. Hans-Iko	ehm. Chefarzt Neonatologie Protokoll 5/660-5/664
37.	Junker 07.02.2012	Prof. Dr. Klaus	Zentrum für Pathologie Protokoll 4/582-4/614
38.	Jürgens-Pieper	Senatorin Renate	Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit und Aufsichtsratsvorsitzende Gesundheit Nord Klinikverbund Bremen Protokoll 31/4475-31/4678 Protokoll 34/4936-34/5053
39.	Kappler 17.02.2012	Dr. Axel	Institutsdirektor Allg. Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene, Klinikum Bremen Mitte Protokoll 7/850-7/853
40.	Klouche 16.02.2012	Prof. Dr. med. Mariam	Medizinisches Versorgungszentrum Bremen

Lfd. Nr.	Name	Vorname	Funktion
			Protokoll 6/788-6/828
41.	Körner 06.03.2012	Dr. Thorsten	Leiter der Klinik für Neonatologie Klinikum Bremen Mitte Protokoll 9/1018-9/1085
42.	Kunz 16.02.2012	Dr. Jürgen	Medizinisches Versorgungszentrum Bremen Protokoll 6/828-6/836
43.	Kuss 16.02.2012	Dr. Brigitte	Ärztliche Geschäftsführerin Klinikum Bremen Mitte Protokoll 6/750-6/787
44.	Lasch 09.02.2012	Dr. Peter	Leitender Oberarzt, Neonatologie, Station 4028, Klinikum Bremen Mitte Protokoll 5/669-5/670
45.	Laux	Dr. Reinhard	Leitender Arzt der Neonatologie in der Asklepios Klinik Hamburg-Barmbeck Protokoll 16/2178-16/2246
46.	Logemann 12.04.2012	Longina	Reinigungskraft Protokoll 13/1710-13/1711
47.	Lührte 28.02.2012	Detlef von	Referat 12 Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit - Vernehmung in nicht öffentlicher Sitzung -
48.	Marg 12.04.2012	Dr. Wolfgang	Leiter Prof.-Hess-Kinderklinik Protokoll 13/1621-13/1706
49.	Matijasevic 17.04.2012	Ranko	Elternteil - Vernehmung in nicht öffentlicher Sitzung -
50.	Mietzner 09.02.2012	Renate	Fachkraft für Hygiene und Infektionsprävention, Klinikum Bremen Mitte Protokoll 5/673-5/675
51.	Mitteneder	Michael	Technische Abteilung, KBM Protokoll 28/3937-28/3994
52.	Neumann 04.05.2012	Till	Stationspflegeleitung, Station 4027, Klinikum Bremen-Mitte Protokoll 17/2261-17/2263
53.	Niehoff	Dennis	GND, R&S Protokoll 30/4259-30/4322
54.	Offenhäuser 15.03.2012	Dr. Sylvia	Stellv. Referatsleiterin Infektionsepidemiologie, Gesundheitsamt Protokoll 12/1582-12/1607
55.	Peter 12.04.2012	Angela	Pflegerische Geschäftsführerin, Klinikum Links der Weser Ehemals kommissarische Leiterin Eltern-Kind-Zentrum Protokoll 13/1760-13/1814
56.	Pfeiffer 16.02.2012	Dr. Robert	Kaufmännischer Geschäftsführer Klinikum Bremen Mitte Protokoll 6/680-6/711 Protokoll 27/3880-27/3933

Lfd. Nr.	Name	Vorname	Funktion
57.	Picard 17.02.2012	Uwe	Staatsanwalt Protokoll 7/924-7/946
58.	Popp	Prof. Dr. Walter	Direktor der Krankenhaushygiene des Universitätsklinikums Essen Protokoll 32/4682-32/4819
59.	Querfurt 04.05.2012	Dr. med. Alexander	Assistenzarzt, Tagesklinik (Station 3814), Klinikum Bremen-Mitte Protokoll17/2269-17/2336
60.	Rosenkötter 14.05.2012	Senatorin a. D. Ingelore	ehm. Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales Protokoll 20/2744-20/2838
61.	Rothe 17.02.2012	Dr. Björn	Staatsanwalt Protokoll 7/946-7/950
62.	Runde 09.02.2012	Dr. Judith	Oberärztin, Neonatologie, Station 4027, Klinikum Bremen Mitte Protokoll 5/667-5/668
63.	Rüssmann	Judith	Leiterin Servicebereich Wirtschaftsbetriebe GeNo und Geschäftsführerin der GND Protokoll 26/3724-26/3807
64.	Salzmann 12.04.2012	Ida	Reinigungskraft Protokoll 13/1708-13/1710
65.	Schönhöfer 28.02.2012	Prof. Dr. Peter	ehem. Direktor des Instituts für Klinische Pharmakologie am Klinikum Bremen Mitte Protokoll 8/984-8/994
66.	Schulte-Sasse 11.05.2012	Staatsrat a. D. Dr. Hermann	Ehem. Staatsrat für Gesundheit Protokoll 19/2611-19/2740 Protokoll 33/4823-33/4932
67.	Schulz-Stübner 19.01.2012	Dr. Sebastian	Deutsches Beratungszentrum für Hygiene Protokoll 3/402-3/516
68.	Schuster 22.05.2012	Staatsrat Dr. Joachim	Staatsrat für Wissenschaft und Gesundheit Protokoll 22/2997-22/3177
69.	Schwalm 09.02.2012	Dr. Jens-Hanno	Oberarzt, Neonatologie, Station 4028, Hygienebeauftragter Arzt der Klinik für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin, Klinikum Bremen Mitte Protokoll 5/677-5/679
70.	Schwarzkopf 12.04.2012	Dr. Hubertus von	Betriebsmedizin Klinikum Bremen Mitte Protokoll 13/1712-13/1759
71.	Selzer 09.02.2012	Dr. Georg	Leitender Oberarzt, Neonatologie, Station 4027, Klinikum Bremen Mitte Protokoll 5/664-5/666
72.	Sexrtro	Konrad H.	Staatlicher anerkannter Desinfektor Protokoll 30/4323-30/4394
73.	Speer 17.04.2012	Angela	Elternteil - Vernehmung in nicht öffentlicher Sitzung -

Lfd. Nr.	Name	Vorname	Funktion
74.	Stauch 19.01.2012	Staatsrat Prof. Matthias	Staatsrat für Justiz Protokoll 3/318-3/401
75.	Stork-Beimfort 28.02.2012 04.05.2012	Robert	Pharmazeutisch-fachliche Fragen, Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit Protokoll 8/994-8/1014 Protokoll 17/2250-17/2261
76.	Teipel 04.05.2012	Kristin	Stationspflegeleitung, Station 4028, Klinikum Bremen-Mitte Protokoll 17/2263-17/2265
77.	Thiele 13.04.2012	Gabriela	Klinikpflegeleitung Klinikum Bremen Mitte Protokoll 14/1818-14/1821
78.	Tiemann	Axel	Bereichsleitung in der GND unter anderem für die Neonatologie Protokoll 25/3669-25/3701
79.	Weber	Ludwig	Hygienefachkraft BZH GmbH Deutsches Beratungsinstitut für Hygiene Protokoll 24/3378-24/3425
80.	Weißgerber 12.01.2012	Dr. Patrick	Deutsches Beratungszentrum für Hygiene Protokoll 3/516-3/569
81.	Wendorff 16.02.2012	Daniela	Pflegerische Geschäftsführerin Klinikum Bremen Mitte Protokoll 6/711-6/749 Protokoll 27/3811-27/3879 Protokoll 28/3995-28/4083 Protokoll 29/4087-29/4157
82.	Winterhalter 04.05.2012	Bernd	Stellvertretende Stationspflegeleitung, Station 4028 Protokoll 17/2265-17/2268
83.	Wunderle 15.03.2012	Dr. Werner	Referatsleiter Infektionsepidemiologie, Gesundheitsamt Protokoll 12/1491-12/1581 Protokoll 24/3463-24/3509
84.	Zastrow 12.01.2012 13.07.2012	Dr. med. Klaus-Dieter	Institut für Hygiene und Umweltmedizin der Vivantes Kliniken Berlin Protokoll 2/185-2/314
85.	Zimmermann 15.03.2012	Eberhard	Kommissarischer Leiter, Gesundheitsamt Bremen Protokoll 12/1343-12/1424 Protokoll 24/3426-24/3463

Anlage 4

Chronologie des Ausbruchsgeschehens

03/04 2005	Auftreten von Klebsiellen bei Kindern auf der Station 4027, zumindest zwei Todesfälle
31.05.2005	Personalscreening von Mitarbeitern der neonatologischen Station, zwei positive Befunde
09.01.2009	bei einem Abstrich des Kindes Nr. 4 werden ESBL-Klebsiella-pneumoniae festgestellt; nachträglich wird im Februar 2012 die Zugehörigkeit zum Ausbruchsstamm positiv getestet.
30. 04.2011	erster Abstrich mit ESBL-Klebsiella-pneumoniae in 2011, Kind Nr. 10, Station 4027
26.05.2011	positiver Abstrich Kind Nr. 11, Station 4028
17.06.2011	positiver Abstrich Kind Nr. 12, Station 4028
27.06.2011	positiver Abstrich Kind Nr. 13, Station 4027
06.07.2011	positiver Abstrich Kind Nr. 14, Station 3911
22.07.2011	positiver Abstrich Kind Nr. 15, Station 4027, erster Fall der nachträglich erfolgten positiven Feststellung einer Zugehörigkeit zum Ausbruchsstamm
25.07.2011	Tod des Kindes Nr. 13
07.08.2011	positiver Abstrich Kind Nr. 16, Station 4027

08.08.2011	Tod des Kindes Nr. 16
12.08.2011	positiver Abstrich Kind Nr. 17, Station 3911
30.08.2011	positiver Abstrich Kind Nr. 18, Station 4027
02.09.2011	positiver Abstrich Kind Nr. 19, Station 4027
07.09.2011	positiver Abstrich Kind Nr. 20, Station 4027
07.09.2011	Dr. Runde informiert die Hygienefachkraft
08.09.2011	Prof. Dr. Huppertz: „kein Ausbruch“
07./08.09.2011	Benachrichtigung des Gesundheitsamtes
12.10.2011	positiver Abstrich Kind Nr. 21, Station 4027
13.10.2011	positiver Abstrich Kind Nr. 22, Station 4027
15.10.2011	positiver Abstrich Kind Nr. 23, Station 3911
16.10.2011	Tod des Kindes Nr. 22
17.10.2011	Abteilungsleiterbesprechung Gesundheitsamt: Bericht über resistente Keime auf der Neonatologie des Klinikums Bremen-Mitte, Dr. Kappler berichtet über Typisierung der Isolate der Kinder Nr. 16, 15, 19, 18 und 20: ein gemeinsamer Ausbruch
18.10.2011	positiver Abstrich Kind Nr. 24, Station 4027 Begehung der Station 4027 durch das Gesundheitsamt

20.10.2011	positiver Abstrich Kind Nr. 25, Station 4027
25.10.2011	positive Abstriche Kinder Nr. 26, 27, 28 und 29, Station 4027
27.10.2011	Tod des Kindes Nr. 18 Aufnahmestopp für 6 Stunden Kohortierung der Kinder Dr. Hansen erhält nach seinen Angaben erstmals Kenntnis der Keim-Befunde
31.10.2011	positiver Abstrich Kind Nr. 30, Station 4027 Abteilungsleiterbesprechung Gesundheitsamt: Zuspitzung der Situation, drei Kinder verstorben
01.11.2011	Benachrichtigung der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit, Einschaltung des Robert Koch-Institutes (Arbeitsaufnahme am 02.11.2011)
02.11.2011	Erlass von Schutzmaßnahmen nach § 28 Infektionsschutzgesetz, u. a. Aufnahmestopp für die Station 4027, Personalscreening Information der Deputation durch die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit, zunächst Aufnahme eines Todesursachenermittlungsverfahrens durch die Staatsanwaltschaft
03.11.2011	Beginn der täglichen „Umsetzungsrunden“
04.11.2011	positiver Abstrich Kind Nr. 31, Station 4028
05.11.2011	positiver Abstrich Kind Nr. 32, Station 4028

07.11.2011	Änderungs- und Ergänzungsbescheid zu den Schutzmaßnahmen nach § 28 Infektionsschutzgesetz, Abschluss der Räumung der Station 4027
08.11.2011	Keim-Befunde vor dem 22.7.2011 werden diskutiert
10.11.2011	positiver Abstrich Kind Nr. 33, Station 3911 Rücktritt Prof. Dr. Huppertz von seinen Funktionen als für die Hygiene verantwortlicher Arzt, die er für die Geschäftsführung wahrnahm.
14.11.2011	positiver Abstrich Kind Nr. 35, Station 3911
15.11.2011	Kündigung Prof. Dr. Huppertz
23,/24.11.2011	Visitation durch das Deutsche Beratungszentrum für Hygiene Freiburg
28.11.2011	positiver Abstrich Kind Nr. 37, Pädiatrie
30.11.2011	positiver Abstrich Kind Nr. 38, Pädiatrie
29.11.2011	Zwischenbericht Robert Koch-Institut (Datenstand vom 18.11.2011) 10-Punkte-Maßnahmenplan der Gesundheit Nord
01.12.2011	positiver Abstrich Kind Nr. 39, Kinderklinik, Station 22
20.12.2011	Bericht von Staatsrat Prof. Stauch
23.12.2011	positiver Abstrich Kind Nr. 40, Station 3804
05.01.2012	Aufhebung der Bescheide vom 2. und 7.11.2011 durch die

	senatorische Behörde für Gesundheit
09.01.2012	Wiedereröffnung der Station 4027
20.02.2012	Übersendung des Berichtes zur Auditierung des Reinigungsdienstes, Hygieneinstitut Freiburg
21.02.2012	positive Abstriche Kinder Nr. 42 und 43, Station 4027
22.02.2012	positiver Abstrich Kind Nr. 44, Station 4027
23.02.2012	Besprechung mit Mitarbeitern des Klinikums Bremen-Mitte, des Gesundheitsamtes, des Freiburger Hygieneinstitutes und Dr. Hansen Kohortierung der Kinder auf der Station
24.02.2012	Stadtamt verfügt u.a. Schutzmaßnahmen nach § 28 Infektionsschutzgesetz, Aufnahmestopp für die Station 4027.
28.02.2012	Tod der Kinder Nr. 45 und 46, post mortem erfolgt ein Nachweis des Ausbruchsstammes, Station 4027 Dr. Hansen wird von seinen Aufgaben freigestellt Dr. Kappler wird von seinen Aufgaben freigestellt
10.05.2012	positiver Abstrich Kind Nr. 47, Station 4028
18.05.2012	Gesundheitsamt: Verfügungen zur Durchführung eines Personalscreenings

Anlage 5

Stationsbelegung und Pflegepersonalbesetzung der Station 4027 im Jahre 2011 (ohne Hilfs- und unterstützendes Personal)				
Januar				
Tag	Belegung (Anzahl Kinder)	Frühdienst	Spätdienst	Nachtdienst
1.	12	4	3	3
2.	12	3	5	3
3.	11	5	3	3
4.	11	4	3	3
5.	10	4	3	3
6.	9	4	3	3
7.	9	3	3	3
8.	10	4	3	3
9.	10	4	3	3
10.	10	4	5	3
11.	11	4	5	3
12.	11	4	5	4
13.	12	5	4	4
14.	12	6	4	3
15.	13	4	3	3
16.	16	3	3	3
17.	13	5	4	3
18.	14	5	5	3
19.	14	4	4	3
20.	14	5	4	3
21.	13	5	4	4
22.	13	5	3	4
23.	10	4	3	4
24.	13	5	4	4
25.	13	5	4	4
26.	15	4	4	4
27.	13	6	3	3
28.	13	5	3	3
29.	13	5	3	3
30.	15	4	4	3
31.	13	5	3	3

Angaben der Pflegerischen Geschäftsführung (Band 66).
Patientenbelegung tagesaktuell 24.00 Uhr. Bei absehbaren Mehrlingsgeburten und daraus resultierenden notwendigen Personalkapazitäten wird ein pflegerischer Rufbereitschaftsdienst von SPL und KPL eingerichtet.

Stationsbelegung und Pflegepersonalbesetzung der Station 4027 im Jahre 2011 (ohne Hilfs- und unterstützendes Personal)				
Februar				
Tag	Belegung (Anzahl Kinder)	Frühdienst	Spätdienst	Nachtdienst
1.	13	4	3	3
2.	10	5	3	3
3.	11	5	3	3
4.	10	5	3	3
5.	10	3	4	3
6.	11	3	3	3
7.	11	5	3	3
8.	10	6	3	3
9.	12	6	4	3
10.	10	5	4	3
11.	10	6	3	3
12.	9	4	3	3
13.	9	3	3	3
14.	8	5	3	3
15.	7	4	3	3
16.	9	5	3	3
17.	10	4	4	3
18.	11	5	3	3
19.	11	5	4	4
20.	9	3	3	3
21.	7	4	4	3
22.	7	5	3	3
23.	9	5	3	3
24.	8	5	3	3
25.	8	5	3	3
26.	9	4	3	3
27.	10	3	3	3
28.	12	4	3	4

Angaben der Pflegerischen Geschäftsführung (Band 66)
Patientenbelegung tagesaktuell 24.00 Uhr.
Bei absehbaren Mehrlingsgeburten und daraus resultierenden notwendigen Personalkapazitäten wird ein pflegerischer Rufbereitschaftsdienst von SPL und KPL eingerichtet.

Stationsbelegung und Pflegepersonalbesetzung der Station 4027 im Jahre 2011 (ohne Hilfs- und unterstützendes Personal)				
März				
Tag	Belegung (Anzahl Kinder)	Frühdienst	Spätdienst	Nachtdienst
1.	14	6	4	4
2.	12	6	4	3
3.	13	6	4	3
4.	12	6	3	4
5.	13	4	4	4
6.	13	4	4	4
7.	13	6	5	3
8.	11	5	4	3
9.	11	5	4	3
10.	8	6	4	3
11.	8	5	3	3
12.	8	4	3	3
13.	9	4	3	3
14.	7	5	4	3
15.	7	6	4	3
16.	7	4	4	3
17.	7	6	4	3
18.	8	5	4	3
19.	8	3	3	3
20.	13	4	3	3
21.	13	5	3	4
22.	11	5	3	3
23.	10	5	3	4
24.	10	4	4	3
25.	10	5	4	3
26.	12	3	4	3
27.	13	4	3	3
28.	12	5	4	3
29.	12	5	4	3
30.	15	5	3	3
31.	13	6	3	3

Angaben der Pflegerischen Geschäftsführung (Band 66)

Patientenbelegung tagesaktuell 24.00 Uhr. Bei absehbaren Mehrlingsgeburten und daraus resultierenden notwendigen Personalkapazitäten wird ein pflegerischer Rufbereitschaftsdienst von SPL und KPL eingerichtet.

Stationsbelegung und Pflegepersonalbesetzung der Station 4027 im Jahre 2011 (ohne Hilfs- und unterstützendes Personal)				
April				
Tag	Belegung (Anzahl Kinder)	Frühdienst	Spätdienst	Nachtdienst
1.	12	5	3	3
2.	12	3	4	3
3.	13	4	3	3
4.	12	6	3	3
5.	12	5	4	3
6.	13	5	3	3
7.	12	5	3	4
8.	12	6	4	3
9.	12	4	4	3
10.	11	5	3	3
11.	13	5	4	4
12.	12	6	4	4
13.	13	4	4	4
14.	14	4	4	4
15.	15	4	4	4
16.	11	4	4	3
17.	10	4	3	3
18.	10	5	3	3
19.	10	5	4	3
20.	12	6	4	3
21.	14	5	3	3
22.	14	4	4	4
23.	12	4	3	4
24.	10	4	4	3
25.	12	4	3	3
26.	10	5	3	3
27.	10	5	3	4
28.	8	5	3	4
29.	9	4	3	3
30.	9	4	3	3

Angaben der Pflegerischen Geschäftsführung (Band 66)
Patientenbelegung tagesaktuell 24.00 Uhr.
Bei absehbaren Mehrlingsgeburten und daraus resultierenden notwendigen Personalkapazitäten wird ein pflegerischer Rufbereitschaftsdienst von SPL und KPL eingerichtet.

Stationsbelegung und Pflegepersonalbesetzung der Station 4027 im Jahre 2011 (ohne Hilfs- und unterstützendes Personal)				
Mai				
Tag	Belegung (Anzahl Kinder)	Frühdienst	Spätdienst	Nachtdienst
1.	Keine Angaben			
2.	10	4	4	3
3.	10	5	3	3
4.	10	5	4	4
5.	9	6	4	3
6.	10	5	3	4
7.	12	4	4	3
8.	13	4	4	3
9.	13	5	4	4
10.	13	6	4	4
11.	10	5	3	3
12.	9	6	3	3
13.	9	5	3	3
14.	12	4	3	3
15.	13	4	3	3
16.	13	5	3	3
17.	14	5	4	3
18.	11	5	4	3
19.	10	5	3	3
20.	10	4	3	3
21.	11	4	3	3
22.	11	4	3	3
23.	10	5	3	4
24.	11	5	4	3
25.	14	4	3	3
26.	11	5	3	3
27.	11	5	3	3
28.	12	4	3	3
29.	9	4	3	4
30.	9	5	3	3
31.	9	5	4	3

Angaben der Pflegerischen Geschäftsführung (Band 66)
Patientenbelegung tagesaktuell 24.00 Uhr. Bei absehbaren Mehrlingsgeburten und daraus resultierenden notwendigen Personalkapazitäten wird ein pflegerischer Rufbereitschaftsdienst von SPL und KPL eingerichtet.

Stationsbelegung und Pflegepersonalbesetzung der Station 4027 im Jahre 2011 (ohne Hilfs- und unterstützendes Personal)				
Juni				
Tag	Belegung (Anzahl Kinder)	Frühdienst	Spätdienst	Nachtdienst
1.	9	5	3	4
2.	9	4	3	3
3.	10	5	3	3
4.	11	4	3	3
5.	11	4	3	3
6.	12	4	3	3
7.	11	5	4	3
8.	10	5	4	3
9.	11	5	3	3
10.	13	5	3	3
11.	12	4	3	3
12.	13	3	4	3
13.	9	4	3	3
14.	8	5	3	3
15.	8	5	3	3
16.	7	5	3	3
17.	7	4	3	3
18.	10	3	3	3
19.	11	4	3	3
20.	11	5	3	3
21.	11	5	3	3
22.	10	4	3	3
23.	11	5	3	3
24.	11	4	3	3
25.	12	4	3	3
26.	10	4	3	3
27.	11	5	3	3
28.	10	5	3	3
29.	10	5	3	3
30.	10	5	3	3

Angaben der Pflegerischen Geschäftsführung (Band 66)
Patientenbelegung tagesaktuell 24.00 Uhr.
Bei absehbaren Mehrlingsgeburten und daraus resultierenden notwendigen Personalkapazitäten wird ein pflegerischer Rufbereitschaftsdienst von SPL und KPL eingerichtet.

Stationsbelegung und Pflegepersonalbesetzung der Station 4027 im Jahre 2011 (ohne Hilfs- und unterstützendes Personal)

Juli					
Tag	Belegung (Anzahl Kinder)	Frühdienst	Spätdienst	Nachtdienst	Rufdienst
1.	10	5	3	3	
2.	11	4	3	3	
3.	10	3	5	3	RB
4.	10	5	3	3	RB
5.	10	4	4	3	RB
6.	11	5	3	3	RB
7.	11	5	3	3	RB
8.	8	5	3	3	RB
9.	10	4	3	3	RB
10.	8	4	3	3	RB
11.	12	5	3	3	RB
12.	13	5	3	3	RB
13.	13	6	3	3	RB
14.	11	5	3	3	RB
15.	11	4	4	4	
16.	10	4	4	3	
17.	10	4	3	3	
18.	9	4	3	3	
19.	11	4	3	3	
20.	10	5	3	3	
21.	8	4	3	3	
22.	7	5	3	3	
23.	7	3	3	3	
24.	9	5	3	3	
25.	10	5	3	3	
26.	6	5	3	3	
27.	6	4	4	3	
28.	6	4	3	3	
29.	6	4	3	2	
30.	6	4	3	2	
31.	10	4	3	2,5	

Angaben der Pflegerischen Geschäftsführung (Band 66)
Patientenbelegung tagesaktuell 24.00 Uhr.
Bei absehbaren Mehrlingsgeburten und daraus resultierenden notwendigen Personalkapazitäten wird ein pflegerischer Rufbereitschaftsdienst (RB) von SPL und KPL eingerichtet.

Stationsbelegung und Pflegepersonalbesetzung der Station 4027 im Jahre 2011 (ohne Hilfs- und unterstützendes Personal)					
August					
Tag	Belegung (Anzahl Kinder)	Frühdienst	Spätdienst	Nachtdienst	Rufdienst
1.	10	5	4	4	
2.	8	4	3	3	
3.	8	4	3	3	
4.	8	4	3	3	RB
5.	7	4	3	3	RB
6.	7	4	3	3	RB
7.	9	4	3	3	RB
8.	8	6	4	4	RB
9.	8	4	3	3	RB
10.	8	4	3	3	RB
11.	8	5	3	3	RB
12.	8	4	3	3	RB
13.	7	4	3	3	RB
14.	8	4	3	3	RB
15.	8	5	3	3	RB
16.	8	5	3	3	RB
17.	8	4	3	3	RB
18.	8	4	4	4	RB
19.	9	5	3	3	RB
20.	7	2,5	2,5	3	RB
21.	8	2,5	2,5	3	RB
22.	9	5	3	3	RB
23.	9	4	3	3	RB
24.	8	4	3	3	RB
25.	8	5	4	3	RB
26.	9	4	3	4	RB
27.	11	3	3	3	
28.	12	3	3	3	
29.	9	4	3	3	RB
30.	9	4	3	3	RB
31.	9	5	3	3	RB

Angaben der Pflegerischen Geschäftsführung (Band 66)
Patientenbelegung tagesaktuell 24.00 Uhr.
Bei absehbaren Mehrlingsgeburten und daraus resultierenden notwendigen Personalkapazitäten wird ein pflegerischer Rufbereitschaftsdienst (RB) von SPL und KPL eingerichtet.

Stationsbelegung und Pflegepersonalbesetzung der Station 4027 im Jahre 2011 (ohne Hilfs- und unterstützendes Personal)					
September					
Tag	Belegung (Anzahl Kinder)	Frühdienst	Spätdienst	Nachtdienst	Rufdienst
1.	8	5	4	4	
2.	9	5	3	3	
3.	8	3	3	3	
4.	7	4	3	3	
5.	9	5	3	3	
6.	8	5	3	4	
7.	7	6	3	3	RB
8.	7	5	3	3	RB
9.	8	5	3	3	RB
10.	9	4	4	3	RB
11.	8	4	4	3	RB
12.	8	5	3	3	
13.	9	5	3	3	
14.	12	6	3	3	
15.	10	6	3	3	
16.	11	6	3	3	
17.	9	4	3	3	
18.	9	3	4	3	
19.	9	5	3	3	RB
20.	10	5	3	3,5	RB
21.	11	6	3	3	
22.	13	6	3	3	
23.	13	7	4	3	
24.	12	4	3	4	
25.	14	4	3	4	
26.	14	4	4	4	
27.	13	4	3	4	
28.	13	4	4	3	
29.	11	6	3	3	
30.	11	5	3	3	

Angaben der Pflegerischen Geschäftsführung (Band 66)
Patientenbelegung tagesaktuell 24.00 Uhr.
Bei absehbaren Mehrlingsgeburten und daraus resultierenden notwendigen Personalkapazitäten wird ein pflegerischer Rufbereitschaftsdienst (RB) von SPL und KPL eingerichtet.

Stationsbelegung und Pflegepersonalbesetzung der Station 4027 im Jahre 2011 (ohne Hilfs- und unterstützendes Personal)					
Oktober					
Tag	Belegung (Anzahl Kinder)	Frühdienst	Spätdienst	Nachtdienst	Rufdienst
1.	10	3	3	3	
2.	11	3	3	3	
3.	9	4	3	3	
4.	10	5	3	3	
5.	11	5	3	3	
6.	11	5	3	3	
7.	11	5	3	3	
8.	5	4	3	3	
9.	10	4	3	3	
10.	11	5	3	3	
11.	10	5	4	3	
12.	9	5	3	3	
13.	9	5	4	3	
14.	9	5	3	3	RB
15.	7	4	3	3	RB
16.	8	4,5	3	4	RB
17.	8	5	3	3	
18.	7	5	3	3	
19.	7	5	3	3	
20.	10	5	3	3	
21.	11	5	3	3	
22.	12	4	4	3	
23.	10	3	6	3	
24.	11	4	3	3,5	RB
25.	12	4	4	3	RB
26.	11	4	4	3,5	RB
27.	11	5	3	5	
28.	11	6	6	3	
29.	11	5	5	5	
30.	13	6	5	5	
31.	13	7	4	5	

Angaben der Pflegerischen Geschäftsführung (Band 66)
Patientenbelegung tagesaktuell 24.00 Uhr.
Bei absehbaren Mehrlingsgeburten und daraus resultierenden notwendigen Personalkapazitäten wird ein pflegerischer Rufbereitschaftsdienst (RB) von SPL und KPL eingerichtet.

Anlage 6

Stationsbelegung und Pflegepersonalbesetzung der Station 4027 im Jahre 2012						
Januar						
Tag	Frühschicht 6.00 bis 14.00h		Spätschicht 14:00 bis 21:00h		Nachtschicht 21:00 bis 6:00h	
	Patienten-belegung	Personal-besetzung	Patienten-belegung	Personal-besetzung	Patienten-belegung	Personal-besetzung
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
Mo., 9.01.12	1	4	1	3	1	2
10.	1	4	1	3	1	2
11.	1	4	1	2	1	2
12.	1	3	1	2	1	2
13.	1	4	1	2	3	2
14.	3	3	3	2	3	2
15.	3	2	3	2	3	2
Mo., 16.01.12	3	5	3	2	3	2
17.	3	4	3	3	6	2
18.	6	5	6	3	6	2
19.	6	5	6	3	6	2
20.	5	4	5	3	5	3
21.	5	4	5	3	5	3
22.	5	3	5	3	5	3
Mo., 23.01.12	5	4	5	3	5	3
24.	5	4	5	3	5	3
25.	5	4	3	3	3	3
26.	3	2	3	3	4	3
27.	5	2	5	2	5	2
28.	5	3	4	3	4	3
29.	4	3	4	3	4	3
Mo., 30.01.12	4	3	4	3	4	3
31.	4	3	4	3	5	3

Angaben der Pflegerischen Geschäftsführung (Band 197).

Stationsbelegung und Pflegepersonalbesetzung der Station 4027 im Jahre 2012							
Februar							
Tag	Frühschicht 6.00 bis 14.00h		Spätschicht 14:00 bis 21:00h		Nachtschicht 21:00 bis 6:00h		
	Patienten-belegung	Personal-besetzung	Patienten-belegung	Personal-besetzung	Patienten-belegung	Personal-besetzung	
1.	7	3	7	3	7	3	
2.	6	3	4	3	4	3	
3.	4	3	6	3	6	3	
4.	6	3	6	3	6	3	
5.	6	3	6	3	6	3	
Mo., 6.02.12	6	4	3	3	3	3	
7.	3	3	3	3	3	3	
8.	4	3	3	3	3	3	
9.	5	3	5	3	5	3	
10.	5	3	5	3	5	3	
11.	5	3	5	3	5	3	
12.	5	3	6	3	6	3	
Mo., 13.02.12	6	3	6	3	6	3	
14.	6	5	6	3	6	3	
15.	6	3	6	4	6	3	
16.	6	4	6	3	7	3	
17.	7	4	6	3	6	3	
18.	7	3	6	3	6	3	
19.	8	3	8	3	8	3	
Mo., 20.02.12	9	5	9	3	9	3	
21.	9	5	9	4	9	4	
22.	10	6	10	4	10	4	
23.	9	5	7	4	7	4	
24.	9	6	9	4	10	4	10 STd. Dienste
25.	10	4	10	4	10	5	10 STd. Dienste
26.	10	5	10	5	10	5	
Mo., 27.02.12	10	7	10	5	9	5	10 STd. Dienste
28.	8	7	8	4	8	5	
29.	8	6	7	4	6	4	

Angaben der Pflegerischen Geschäftsführung (Band 197).

Abkürzungsverzeichnis

a.a.O.	am angegebenen Ort
ABAS	Ausschuss für biologische Arbeitsstoffe
Abs.	Absatz
Art.	Artikel
Aufl.	Auflage
BGBl.	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BGHZ	Entscheidungssammlung der Zivilsenate des Bundesgerichtshofs
BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH
Brem.GBl.	Gesetzblatt der Freien Hansestadt Bremen
BremLV	Landesverfassung der Freien Hansestadt Bremen
Bspw.	Beispielsweise
BT-Drs.	Bundestagsdrucksache
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
DGHM	Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie
d.h.	das heißt
DNA/DNS	Desoxyribonukleinsäure
DRG	Diagnosis Related Groups (Diagnosebezogene Fallgruppen)
E. coli	Escherichia coli
ESBL	Extended-Spectrum Beta-Lactamase
f.	folgende
ff.	fortfolgende
g	Gramm

GeNo	Gesundheit Nord gGmbH
ggf.	gegebenenfalls
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
i.d.F.	in der Fassung
i.d.R.	in der Regel
IFSG	Infektionsschutzgesetz
i.V.m.	in Verbindung mit
KBE	Koloniebildende Einheit
KBM	Klinikum Bremen-Mitte
KHEntgG	Gesetz über die Entgelte für voll- und teil-stationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz)
KRINKO	Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
ml	Milliliter
3MRGN	Multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenz gegen 3 der 4 Antibiotikagruppen
4MRGN	Multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenz gegen 4 der 4 Antibiotikagruppen
MRSA	Methicillinresistente Staphylococcus aureus
NJW	Neue Juristische Wochenschrift
m.w.N.	mit weiteren Nachweisen
ÖGDG	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Bremen (Gesundheitsdienstgesetz)
PCR	Polymerase-Kettenreaktion
PEG	Perkutane endoskopische Gastrostomie
PFGE	Pulsed-Field-Gelelektrophorese
RKI	Robert Koch-Institut
QAV	Quaternäre Ammoniumverbindung
QM	Qualitätsmanagement
S.	Seite

SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung -
SHV	Sulfhydryl reagent variable
spp.	Spezies pluralis
s.u.	siehe unten
TRBA	Technische Regeln für biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege
u.a.	unter anderem
u.Ä.	und Ähnliches
UAG	Gesetz über Einsetzung und Verfahren von Untersuchungsausschüssen
u.s.w.	und so weiter
Vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel
ZKH	Zentralkrankenhaus
ZOP	Zentraler Operationsraum
z.T.	zum Teil

CDU-Bürgerschaftsfraktion Bremen, den 30.11.2012

Minderheitenvotum der CDU-Bürgerschaftsfraktion Bremen zum Abschlussbericht des parlamentarischen Untersuchungsausschusses „Krankenhauskeime“

I. Zusammenfassende Bewertung:

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss „Krankenhauskeime“ wurde von der Bremischen Bürgerschaft eingesetzt, um den Ausbruch eines hochgefährlichen Darmkeims auf der Neonatologie im Klinikum Bremen-Mitte aufzuklären. An der Infektion sind mindestens drei Frühgeborene gestorben. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hatte zum Ziel, die Ursachen und die Verantwortlichkeiten aufzudecken sowie Folgen und Lehren aus diesem Fall herauszuarbeiten. Zumindest was die Ursache betrifft, hat der Untersuchungsausschuss das Ziel leider nicht erreicht. Die CDU-Bürgerschaftsfraktion bedauert es sehr, dass insbesondere die Frage der Angehörigen nach der Quelle des tödlichen Keims nicht hinreichend beantwortet werden konnte. Das quälende „Wie“ und „Warum“ wird vermutlich niemals geklärt werden. Wir drücken den Eltern und Angehörigen der verstorbenen Kinder unser tief empfundenes Mitgefühl aus.

Der wiederholte Keimausbruch auf der Neonatologie im Klinikum Bremen-Mitte hat schwere Mängel in der Hygiene, im Reinigungsprozess auf der betroffenen Frühgeborenenstation, Verstöße gegen Informationspflichten und Versäumnisse auf der Fachebene der zuständigen Behörden offenbart. Gefährliche Keime in Krankenhäusern sind kein Bremer Phänomen; jedoch war der Umgang der Verantwortlichen mit der Krise bemerkenswert schlecht und geprägt von Unkenntnis über Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten.

Das Klinikum Bremen-Mitte und die Dachgesellschaft Gesundheit Nord haben an Reputation eingebüßt. Die Todesfälle und wiederkehrenden, bundesweiten Schlagzeilen über schwere Hygienemängel auf der betroffenen Frühgeborenen-Station haben zu einer tiefen Verunsicherung von Patientinnen und Patienten geführt. Der für das Krisenmanagement verantwortlichen Ressortspitze ist es nicht gelungen, weiteren Schaden von dem Klinikum Bremen-Mitte abzuwenden. Im Gegenteil: Die versuchte Einflussnahme eines verantwortlichen Staatsrats auf die staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen und dessen öffentliche Auftritte haben den Eindruck erweckt, als habe das Ressort kein Interesse an der rückhaltlosen Aufklärung des Keimausbruchs. Durch die verfrühte Wiedereröffnung der Neonatologie und einen erneuten Keimnachweis wurde das letzte noch verbliebene Vertrauen in die professionelle Aufarbeitung des Falls und in das Hygienemanagement des Klinikums Bremen-Mitte zerstört. Dies wirkt sich unmittelbar auf die wirtschaftliche Bilanz des Klinikums aus, das durch die Abwanderung von Patienten Verluste in Millionenhöhe verzeichnet.

Der Keimausbruch, die Todesfälle und insbesondere das Versagen zuständiger Abteilungen und der Ressortspitze im Krisenmanagement haben dem Klinikum Bremen-Mitte nachhaltig geschadet. Es wird Jahre dauern und große Anstrengungen bedürfen, den bis dahin exzellenten Ruf des Klinikums in der Betreuung von Frühgeborenen wiederherzustellen.

Im Zuge der Ermittlungen sind vier zentrale Bereiche deutlich geworden, die nach

Überzeugung der CDU-Fraktion ursächlich für den Keimausbruch und die verheerende Außenwirkung im Krisenmanagement waren.

1. Mangelhafte Hygiene

- Das Reinigungspersonal hat gesetzliche Vorschriften nicht eingehalten.
- Hygienestandards wurden in eklatanter Weise nicht beachtet. So hat der unregelmäßige Wechsel von Einmalhandschuhen das Risiko einer Übertragung des gefährlichen Keims von Raum zu Raum um ein Vielfaches erhöht.
- Es gab weder in den Kliniken noch in der Gesundheitsbehörde ein in allen Teilen der Beschäftigten verankertes Bewusstsein für den besonders hohen Stellenwert der Hygiene in einem Krankenhaus.

2. Personalmangel, Zeit- und Kostendruck

- Der im Rahmen der Klinikreform durchgeführte Personalabbau erfolgte an der falschen Stelle. Statt Doppelstrukturen in der Verwaltung abzubauen, wurde der patientennahe und pflegerische Bereich über den kritischen Punkt hinaus ausgedünnt.
- Bei der Kostenbetrachtung wurde unzureichend die Qualität berücksichtigt.

3. Mangelhafte Aufsicht über die Einhaltung von Hygienevorschriften

- Das Gesundheitsamt hat über Jahre versäumt, die Einhaltung von Hygienevorschriften in den Krankenhäusern zu überwachen. Weder die senatorische Behörde noch die Aufsichtsräte des Klinikum Bremen-Mitte und der Gesundheit Nord sind in diesem Bereich nennenswert tätig geworden.
- Die Stelle des Referenten für Infektionsschutz bei der senatorischen Behörde ist qualitativ mangelhaft besetzt.
- Der Krankenhaushygieniker verfügte nicht über die vorgeschriebene Qualifikation und hat zudem die gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben nur unzureichend erfüllt.

4. Organisierte Verantwortungslosigkeit im Krisenmanagement

- Meldewege waren nicht definiert und wurden nicht eingehalten, auf der Fachebene.
- Der zuständige Staatsrat gab vor dem Untersuchungsausschuss zu Protokoll, dass er nicht über jedes Detail des Keimskandals informiert sein müsse.
- Die Senatorin lehnte jede Verantwortung für Versäumnisse ihres Ressorts ab.
- Statt die Ursache strukturiert aufzuarbeiten, wurde der ehemalige Chefarzt Prof. Dr. Huppertz als Sündenbock ausgemacht und entlassen.

Folgerungen für die Zukunft:

Wichtigste Aufgabe ist es, das verlorene Vertrauen der Patienten in das Klinikum Bremen-Mitte und die Gesundheit Nord zurückzugewinnen. Dies kann nur schrittweise und durch einen offenen und ehrlichen Umgang mit den Problemen erfolgen. Dazu gehört die Erkenntnis, dass Krankenhauskeime sich nach heutigem Stand niemals ganz verhindern lassen werden. Ziel muss daher die maximale Risikominimierung und ein professioneller

Umgang mit der Restgefährdung sein. Folgende Kernpunkte erachtet die CDU-Fraktion als Grundvoraussetzung, um verlorenes Vertrauen der Patienten in das Klinikum Bremen-Mitte und die Gesundheit Nord zurückzugewinnen:

- Im Hygienemanagement muss das strategische Unternehmensziel das (nahezu) „keimfreie Krankenhaus“ sein. Dieses Ziel muss Kernbestandteil der Betriebsführung des Klinikum Bremen-Mitte sein und von allen Beteiligten akzeptiert und unterstützt werden.
- Es muss völlige Transparenz gegenüber den Mitarbeitern, Patienten, Angehörigen und Öffentlichkeit hinsichtlich der getroffenen Maßnahmen herrschen. Hierzu gehört auch eine offensive Öffentlichkeitsarbeit bei Ausbruchs- und Verdachtsfällen.
- Bei der personellen Neuaufstellung der Aufsichtsgremien/Behörden muss die fachliche Kompetenz der Verantwortlichen ausschlaggebend sein.
- Die Kostensenkungsdebatte muss unter dem Aspekt der Qualität der Leistung neu geführt werden.
- Die Personal- und Betreuungsschlüssel müssen dem Bedarf entsprechend offen und transparent festgelegt werden.

II. Zum Bericht im Einzelnen:

Im Verlaufe der Beratungen des Abschlussberichts wurden teilweise Änderungsvorschläge der CDU-Bürgerschaftsfraktion von der Ausschussmehrheit übernommen. Darüber hinausgehende wesentliche und notwendige Ergänzungen und Kritikpunkte zu dem von der Mehrheit im Untersuchungsausschuss, in einem Eilverfahren, beschlossenen Bericht sind nachfolgend aufgeführt:

Informationsweitergabe an den parlamentarischen Untersuchungsausschuss:

Die Weitergabe von Informationen der Dachgesellschaft der kommunalen Kliniken, Gesundheit Nord, und der senatorischen Behörde an den parlamentarischen Untersuchungsausschuss sind mangelhaft bis schlecht. Der Senat hat nicht in der gebotenen Sorgfalt und mit der notwendigen Konsequenz, in Bezug auf die von ihm beherrschten Gesellschaften des Klinikverbundes, für nötige umfassende Information des parlamentarischen Untersuchungsausschusses gesorgt. Wir hatten mehrfach den Eindruck, dass Sachverhalte verschleiert werden sollten. Erstmals in der Geschichte des Landes Bremens musste ein parlamentarischer Untersuchungsausschuss einen gerichtlichen Durchsuchungsbeschluss beantragen und durchsetzen.

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss sah sich aufgrund von eigenen Erkenntnissen gezwungen, Durchsuchungsbeschlüsse beim Amtsgericht Bremen zu erwirken, die die Räumlichkeiten der Stationen 4027 und 4028 des Klinikums Bremen-Mitte, des Instituts für Allgemeine Hygiene, Krankenhaus- und Umwelthygiene sowie des Verwaltungssitzes der Gesundheit Nord betrafen. Dabei ging es um die Sicherstellung von Unterlagen, die im Zusammenhang mit dem Keimausbruch standen.

Zum Zeitpunkt der Beantragung beim Amtsgericht Bremen hatte der parlamentarische Untersuchungsausschuss bereits seit über einem Vierteljahr seine Arbeit aufgenommen. Den Verantwortlichen im Gesundheitsressort, in der Gesundheit Nord und dem Klinikum

Bremen-Mitte war damit bekannt, dass bezüglich des Keimausbruchs weitreichende Ermittlungen stattfanden. Weshalb die beschlagnahmten Akten und sichergestellten Daten dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss nicht zeitnah zur Verfügung gestellt wurden, ist bis heute unklar. Das Vorgehen des Ressorts lässt Zweifel an dem Aufklärungsinteresse der Beteiligten aufkommen.

Diese Zweifel wurden durch ein weiteres Beispiel verstärkt. So wurde dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss das „Gutachten zur Auditierung des Reinigungsdienstes der Gesundheit Nord Dienstleistungen GmbH im Klinikum Bremen-Mitte Frauenklinik zur Evaluation des Hygienekonzeptes“ nicht durch den für die Reinigung verantwortlichen kaufmännischen Geschäftsführer der Gesundheit Nord übermittelt, sondern erst durch die Auswertung von Emails des freigestellten Geschäftsführers der Gesundheit Nord bekannt. Es wirft ein bezeichnendes Licht auf das Aufklärungsinteresse der Beteiligten, dass der kaufmännische Geschäftsführer dieses relevante „Gutachten“ nicht dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss zugeleitet hat.

Darüber hinaus bedarf auch die Informationspolitik und das Aufklärungsinteresse der senatorischen Dienststelle einer kritischen Betrachtung.

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss führte am 15. Mai 2012 eine öffentliche Beweisaufnahme durch und vernahm den Leiter des Referates „Ärztliche Fragen im Gesundheitswesen, Pflege, Gesundheitsfachberufe, Infektionsschutz“ der senatorischen Behörde. In dieser Vernehmung erwähnte der Zeuge nicht, dass es einen weiteren Keimnachweis gegeben hat. Der Zeuge wusste bereits einen Tag vor der Vernehmung, am 14. Mai 2012, durch eine Information des Gesundheitsamtes von dem erneuten positiven Befund[1].
Als Begründung, warum er diese wichtige Information dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss vorenthalten hat, erklärte der Zeuge lediglich, dass er dies nicht bewusst getan hätte. Weiter führte der Zeuge aus, dass es möglicherweise nicht zur Sprache gebracht wurde, da noch nicht feststand, ob die Klebsiellen dem Ausbruchsstamm zuzuordnen sind.[2]

Angesichts mehrerer Todesfälle auf der Frühgeborenen-Station und dem Ausmaß der Krise hätte dem Zeugen bewusst sein müssen, welche Relevanz diese Information für den Untersuchungsausschuss hat.

Das Argument, die Klebsiellen könnten dem Ausbruchsstamm nicht zugeordnet werden, war spätestens mit der Pressekonferenz der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit und mit dem Zeugen Prof. Dr. Exner am 8. Juni 2012 hinfällig. Hier wurde öffentlichkeitswirksam der Fund einer möglichen Keimquelle verkündet. Wie sich später herausstellte, konnte der Nachweis, dass es sich bei der nachgewiesenen DNA um den Ausbruchsstamm handelte, nicht erbracht werden.

Demnach war es für die positive Berichterstattung, dass die Keimquelle möglicherweise gefunden sei, unerheblich, ob zuvor die Zugehörigkeit zum Ausbruchsstamm festgestellt wurde.

---

[1] Herr Dr. Götz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3586.
[2] Herr Dr. Götz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3597.

Das Ressort hat bei der Information der Öffentlichkeit und des parlamentarischen Untersuchungsausschusses verschiedene Maßstäbe angelegt.

Personalscreening:

Sowohl die Anordnung vom 2. November 2011 als auch der Änderungs- und Ergänzungsbescheid enthielten keine Regelung bezüglich des unter Nr. 2 angeordneten Personalscreenings für den Fall, dass eine Person positiv getestet wird[3].

Die Begründung für den Änderungs- und Ergänzungsbescheid vom 7. November 2011 bezüglich des Punktes Nr. 2 liegt nach Aussage des Zeugen Christelsohn, Infektionsschutzbeauftragter der senatorischen Behörde, darin, dass die Zeugin Dr. Klouche, ärztliche Geschäftsführerin und Leiterin des Bremer Zentrum für Labormedizin, den Zeugen Dr. Pfeiffer, ehemaliger kaufmännischer Geschäftsführer des Klinikum Bremen-Mitte, auf die Vorgaben der Anordnung angesprochen habe und daran Kritik geäußert habe, dass diese Anordnung fachlich so nicht umzusetzen sei und der Zeuge Dr. Pfeiffer daraufhin den Zeugen Christelsohn angesprochen habe[4]. Daraufhin hat habe es ein Gespräch der Fachleute gegeben, aus dem sich die Modifikationen für den Änderungs- und Ergänzungsbescheid ergeben haben[5].

Es ist bemerkenswert, dass nach dem Erlass einer Anordnung auf Anraten eines Betroffenen diese fachlich neu diskutiert und verändert wird. Positiv zu bewerten ist hierbei, dass die Gesundheitsbehörde zumindest für fachliche Argumente zugänglich war, negativ hingegen, dass es offensichtlich keine Vorkehrungen und vorbereitete Unterlagen für die Anordnung eines Personalscreenings gab. Der Vorgang macht deutlich, dass es klare Regelungen für die Anwendung von Screeningverfahren und -methoden geben sollte.

Das Fehlen solcher Vorgaben und die damit einhergehenden Probleme und Unsicherheiten zeigen sich auch an weiteren Stellen. So führte die Zeugin Dr. Gitter, leitende Oberärztin an der Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie, zum Personalscreening im Februar 2012 Folgendes aus:

> *„Diese Art der klaren Feststellung, wer gehört dazu, ich bekomme eine offizielle Einladung, auch mit dem rechtlichen Hinweis, warum ich da hingehen soll – denn das ist übergriffig, was da passiert, und ich muss nach meinem Dafürhalten eine Rechtsgrundlage wissen -, gab es aber nicht. Erst gab es Ondits, dann gab es irgendwelche Listen vom Stadtamt, da habe ich einmal so einen Aushang gesehen, das ist ungefähr die Stelle, wo ich dann, wenn ich einmal für den Marburger Bund tätig bin, meine Streiks anmelde. Das fand ich sehr merkwürdig, bis ich schließlich gesagt habe, so geht es hier aber nicht, und dann hatte ich persönlich eine Einladung, und ich weiß, dass mehrere dann auch eine Einladung vom Gesundheitsamt hatten, so stell ich mir einen Ablauf vor“*[6].

[3] Bescheid der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit vom 2. November 2011, Band 8, S. 73-75; Bescheid der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit vom 7. November 2011, Band 8, S. 104-106. .
[4] Herr Christelsohn, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 14/1873.
[5] Herr Christelsohn, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 14/1874.
[6] Frau Dr. Gitter, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 23/3197-3198.

Aus dieser Aussage lässt sich entnehmen, dass zeitweise nicht geklärt war, wer zu screenen ist und wie sichergestellt wird, dass alle relevanten Personen am Screening teilnehmen. Dies sind aber elementare Voraussetzungen, um ein Personalscreening erfolgreich durchführen zu können.

Auf die Frage, wer die Verantwortung bei einem Personalscreening hat, antwortete die Zeugin Dr. Gitter wie folgt:

> *„Das ist eine gute Frage, die hat mich jedenfalls im Februar mächtig umgetrieben, da war ich richtig böse, weil ich da irgendwie gedacht habe, das kann doch wohl nicht wahr sein! Es ist aus meiner Sicht – da mag man mich ja korrigieren – ein behördlicher Akt, weil es übergriffig ist. Meine naive Vorstellung war, das Gesundheitsamt sagt der Klinik, von Euch will ich eine Liste haben – denn die kann das Gesundheitsamt nicht erstellen, das muss die Klinik machen -, bitte nennt mir verantwortliche Personen, die mir eine Liste machen, die dafür gerade stehen zu sagen, wer untersucht werden muss, und ich sage euch dann, wie und wo untersucht werden und wer es macht! So hätte ich mir das vorgestellt. So ist es aber zumindest im Februar, jedenfalls am Anfang, nicht gelaufen.“*[7]

Es gab somit aus Sicht der Zeugin keine klaren Verantwortlichkeiten, für die Erstellung der Listen der zu screenenden Personen. Damit fehlte sowohl die für die Liste verantwortliche Person, als auch eine vollständige Liste der zu Untersuchenden, die hätten kontrolliert werden können.

Mit der Zeugin übereinstimmend wird festgestellt, dass ein Personalscreening einen behördlichen Akt darstellt und damit von hoheitlicher Seite veranlasst werden muss. Nur so können die grundlegenden Verfahrensregeln sichergestellt werden, wie zum Beispiel die Frage, mit welcher Screeningvariante gearbeitet wird, ob zum Beispiel Analabstriche genommen werden sollen oder Rachenabstriche.

Herr Prof. Dr. Friedrich, Facharzt für Mikrobiologe und Infektionsepidemiologie, Inhaber des Lehrstuhls für medizinische Mikrobiologe und Krankenhaushygiene am Universitätsklinikum Groningen, führte zu der Frage der Screeningmethoden aus, dass es einen Unterschied zwischen dem Screenen von Patienten und dem Screenen von Personal in den Niederlanden gibt:

> *„Wenn Sie normal Personal untersuchen und wissen, da ist jemand mit Klebsiellen, dann werden Sie ihn nicht finden, und bei Patienten finden Sie ihn sehr schnell. Das liegt daran, dass die Patienten, die so schwer krank sind, fast alle Antibiotika bekommen. Das heißt, die Erreger sind im Körper unter Selektionsdruck, sie vermehren sich, und alle anderen Erreger werden unterdrückt. Damit haben Sie eine hohe Konzentration von Klebsiellen und MRSA auf der Haut des Patienten, und Sie können mit einer einfachen mikrobiologischen Untersuchung den Erreger finden. Wenn Sie das beim Personal machen, obwohl es Träger ist, dann finden Sie ihn nicht, weil Ihre Nachweissensitivität zu niedrig ist. Also müssen Sie entweder dem Mitarbeiter erst einmal Antibiotika geben – das tun Sie nicht – also brauchen Sie sehr hochsensitive Verfahren.*

[7] Frau Dr. Gitter, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 23/3279..

Deswegen ist bei uns grundsätzlich festgelegt, dass Mitarbeiter nur mit PCR-Verfahren untersucht werden dürfen."[8]

Dass bei keiner Probe ein Nachweis auf den gesuchten Keim festgestellt werden konnte, obwohl ca. 30 Prozent der Bevölkerung diesen Keim in sich tragen, lässt Zweifel an den gewählten Verfahrensweisen des Personalscreenings aufkommen.

Ob bei kontinuierlicher Anwendung des PCR-Verfahrens die Personalscreenings andere Ergebnisse gebracht hätten, ist hypothetisch aber nicht ausgeschlossen.

Ebenso kann nur durch grundlegende Verfahrensregeln festgelegt werden, welche Personengruppen sich einem Personalscreening unterziehen müssen. Gegebenenfalls kann es im Einzellfall reichen, zunächst die Ärzte und das Pflegepersonal einem Personalscreening zu unterziehen und erst in einem zweiten Schritt das Personalscreening auf Lieferanten und Reinigungskräfte auszudehnen.

Die Notwendigkeit einer behördlichen Regelung in Bezug auf Personalscreenings wird auch dadurch deutlich, dass nach Auskunft des Zeugen Christelsohn weder die Gesundheitsbehörde noch das Gesundheitsamt von einem durchgeführten Personalscreening im Klinikum Bremen-Mitte im Jahre 2005 wussten, geschweige denn, dieses veranlasst hätten[9]. Diese Aussage wurde auch von dem Zeugen Dr. Wunderle, Leiter des Referats Infektionsepidemologie des Gesundheitsamtes Bremen, dahingehend bestätigt, dass das Gesundheitsamt keine Kenntnis von dem Personalscreening im Jahre 2005 hatte[10]. Hätte es zu diesem Zeitpunkt bereits eine klare Richtlinie von Seiten der Gesundheitsbehörde gegeben, wäre diese zum einen über das Personalscreening informiert gewesen und hätte zum zweiten, was noch gravierender erscheint, die Voraussetzungen festlegen können.
Der CDU-Fraktion erscheint es bis heute rechtlich ungeklärt, auf welcher Grundlage im Jahre 2005 ein Personalscreening im Klinikum Bremen-Mitte durchgeführt wurde, denn Rechtsgrundlage dafür ist § 28 IfSG. Dieser sieht aber als einzig anordnungsberechtigte Institution eine zuständige Behörde an.

Dispensierrecht:

Durch die Einschränkung des Dispensierrechts für Tierärzte würde die Versorgungskette unnötigerweise komplizierter und unüberschaubarer werden. Weiterhin würden vielfältige Versorgungsquellen entstehen, die eine kontrollierte Antibiotikaanwendung erschweren würden. Weiterhin hat die Beweisaufnahme des parlamentarischen Untersuchungsausschusses nicht ergeben, dass durch die Aufhebung des Dispensierrechts der Antibiotikagebrauch in der Massentierhaltung zwingend gesenkt wird.

Gesellschaftliche Struktur der Gesundheit Nord:

Position der Aufsichtsratsvorsitzenden in den Kliniken der Gesundheit Nord:

An der Spitze der Behörde für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit standen mit der Senatorin Jürgens-Pieper eine Lehrerin, mit dem Staatsrat für Bildung und Wissenschaft

[8] Herr Prof. Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2949.
[9] Herr Christelsohn, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 14/1832-1833..
[10] Herr Dr. Wunderle, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 12/1558 und 12/1574.

ein Jurist mit weiteren Studien der Sozial- und Politikwissenschaften und mit dem Staatsrat für Gesundheit ein Politologe. Medizinische oder ökonomische Fachkompetenz ist in der Leitung der Behörde für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit nicht ersichtlich.

Die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit nimmt gemäß § 9 Absatz 5 des Gesellschaftsvertrages der Gesundheit Nord den Aufsichtsratsvorsitz im Aufsichtsrat der Gesundheit Nord war. Der Staatsrat für Gesundheit ist derzeit Aufsichtsratsvorsitzender in den Aufsichtsräten der Kliniken und ist Mitglied im Aufsichtsrat der Gesundheit Nord.

Dies stellt insbesondere im Hinblick auf § 3 Absatz 3 der Geschäftsanweisung für die Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte ein erhebliches Risiko dar. Diese Regelung der Geschäftsanweisung besagt, dass der Aufsichtsratsvorsitzende in allen Fällen, in denen eine erforderliche einstimmige Beschlussfassung nicht in der Geschäftsführung getroffen werden konnte und ein Geschäftsführer die Vermittlung des Aufsichtsratsvorsitzenden angerufen hat, der Aufsichtsratsvorsitzende allein entscheidet. Ursprünglich nahm die Position des Aufsichtsratsvorsitzenden in den Aufsichtsräten der Klinken der Gesundheit Nord gGmbH der Sprecher der Geschäftsführung der Gesundheit Nord ein, siehe § 9 Absatz 5 des Gesellschaftsvertrages des Klinikums Bremen-Mitte.[11] In der nun geltenden Fassung vom 22. Mai 2012 regelt § 9 Absatz 5 des Gesellschaftsvertrages, dass der Vorsitzende des Aufsichtsrates ein von der Freien Hansestadt Bremen (FHB) entsandtes Aufsichtsratsmitglied ist und dass der Vorsitzende des Aufsichtsrates durch die FHB bestimmt wird[12].

Die FHB hat Herrn Staatsrat Schuster zum Aufsichtsratsvorsitzenden bestimmt. Folglich kommt Herrn Staatsrat Schuster als Aufsichtsratsvorsitzendem des Klinikums Bremen-Mitte die soeben ausgeführte alleinige Entscheidungsbefugnis im Streitfalle der Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte zu.

Dem Aufsichtsratsvorsitzenden sind gemäß Gesellschaftsvertrag weitreichende Entscheidungskompetenzen eingeräumt, ohne diese auf bestimmte Handlungs- oder Betätigungsfelder einzuschränken. Aufgrund der öffentlich diskutierten finanziellen Notlage des Klinikums Bremen-Mitte und der medizinischen Bandbreite an Angeboten des Klinikums Bremen-Mitte wäre es folgerichtig, einen Mediziner, einen Ökonomen oder idealer weise eine Person, die beide Fachrichtungen in sich vereint, an die Spitze des Aufsichtsrates zu setzen und diesen mit externer Fachkompetenz zu besetzen. Dies würde auch bei kurzfristig anstehenden Entscheidungen eine fachlich abgewogene Entscheidung sicherstellen.

In der aktuell praktizierten Konstellation müsste der amtierende Aufsichtsratsvorsitzende zwangsläufig fachlichen Rat in der senatorischen Behörde suchen. Dies hat zumindest einen zeitlichen Nachteil und setzt auch die zeitliche Verfügbarkeit der fachlich qualifizierten Mitarbeiter voraus. Insbesondere im Hinblick auf die bereits dargestellten Änderungen der Geschäftsverteilungspläne[13] des Referates 43 der Abteilung 4 der Behörde für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit, muss die zeitnahe Bearbeitung in Frage gestellt werden.

Weiterhin ist die Besetzung der Aufsichtsräte durch politisches Personal durch den

[11] Gesellschaftsvertrag der Klinikum Bremen-Mitte gGmbH Band 96, Blatt 11.
[12] Gesellschaftsvertrag der Klinikum Bremen-Mitte gGmbH, Band 203, nicht paginiert
[13] Vgl. Bericht, S. 281-282.

ehemaligen Staatsrat Dr. Schulte-Sasse kritisiert worden. Er führte dazu in seiner Vernehmung am 11. Mai 2012 aus:

> *„Es ist deutschlandweit im kommunalen Bereich oder in der Aufsicht kommunaler Unternehmen eigentlich durchaus Sitte gewesen, dass diese Aufsichtsratsgremien von politischem Personal besetzt wurden. Das politische Personal ist nicht immer unbedingt sehr gut geeignet, eine solche Aufsichtsratsfunktion in solchen Gremien wahrzunehmen. Das ist hier mit dem Senatsbeschluss korrigiert worden. Es sind erfahrene, auch wirtschaftserfahrene Personen in den Aufsichtsrat bestellt worden, zumindest in den der GeNo, die die Qualität der Steuerung des Unternehmens auch aus meiner Sicht deutlich verbessert haben.*[14]**"**

Es ist erforderlich und sinnvoll, die Plätze in den Aufsichtsräten, die von der FHB zu benennen sind, durch fachlich qualifizierte Experten zu besetzen. Hier darf aber nicht nur der wirtschaftliche Aspekt berücksichtigt werden, sondern auch medizinische, juristische und hygienische Aspekte sind bei der Auswahl der Aufsichtsratsmitglieder zu berücksichtigen.

<u>Einheitsgesellschaft:</u>

Im Rahmen der Beweisaufnahme durch den parlamentarischen Untersuchungsausschuss äußerten sich mehrere Zeugen bezüglich der gesellschaftlichen Struktur der Gesundheit Nord gGmbH.

Der kaufmännische Geschäftsführer der Gesundheit Nord bejahte die Frage, ob sich die Gesundheit Nord in der gesellschaftlichen Form einer Einheitsgesellschaft besser steuern ließe, dass die Steuerung in einer Einheitsgesellschaft leichter wäre[15]. Weiter führte der Zeuge aus, dass in der Zukunft Veränderungen der Organisationsstruktur herbeigeführt werden müssen, um den Konzern flexibler gestalten zu können[16].

Die Organisationsstruktur für die Zentren muss nach Aussage des kaufmännischen Geschäftsführers der Gesundheit Nord nun ebenfalls angepasst werden, denn der Zentrumsgedanke war bisher perspektivisch auf einen Einheitsbetrieb ausgerichtet[17].

Der freigestellte Geschäftsführer der Gesundheit Nord, führte auf die Frage nach einer Überlastungssituation durch eine Doppelbelastung folgendes aus:

> *„Ich glaube, dass es in einem normalen Krankenhausbetrieb gut handhabbar ist, wie man auch an anderen Standorten sieht. Das ist eine hohe Belastung, weil insbesondere durch die Holdingstruktur natürlich auch viele Abstimmungsrunden und Sitzungen gibt, die dieser Struktur geschuldet sind, die natürlich die Abstimmungsprozesse notwendig machen.*[18]**"**

Allein der vormalige Geschäftsführer der Gesundheit Nord musste pro Jahr an mindestens

---

[14] Herr Dr. Schulte-Sasse, Protokoll der öffentliche Beweisaufnahme, 19/2615-2616.
[15] Herr Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 18/2498.
[16] Herr Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 18/2499.
[17] Herr Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 18/2506.
[18] Herr Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1169.

20 Aufsichtsratssitzungen teilnehmen[19].

Die Beweisaufnahme hat auch an anderen Stellen gezeigt, dass die gewählte Holdingstruktur zu Verzögerungen und Problemen im Ablauf führt.

So musste sich die örtliche Klinik-Geschäftsführung an den Geschäftsführer der Holding wenden, wenn diese eine Ausnahmegenehmigung vom Einstellungsstopp begehrte. Dies führte in vielen Fällen zu Verzögerungen bei geforderten Nachbesetzungen[20].

Weiterhin haben sich verschiedene Personen (Ärzte, Stationsleitungen, Pflegepersonal) direkt an den Geschäftsführer der Gesundheit Nord gewandt, ohne vorher den vorgegeben Weg über ihre zuständigen Vorgesetzten einzuhalten. Dies erforderte nach Prüfung durch den Geschäftsführers der Gesundheit Nord eine Rücksprache mit den örtlichen Geschäftsführungen der Kliniken[21].

Während der Einführungsphase des EDV Programms „Hybase“ kam es zur zeitlichen Verzögerungen, die unter anderem daher rührten, dass die verschiedenen Kliniken der Gesundheit Nord verschiedene Datenerfassungssysteme verwendet haben.

Die Zeugin Klouche machte in einem Email-Verkehr mit einem Mitarbeiter der Tieto Deutschland GmbH, welche die Software zur Verfügung stellt, deutlich, dass zunächst die unterschiedlichen Stammdaten der Häuser, welche in SAP hinterlegt sind, abgeglichen werden müssen[22].

Hieraus wird ersichtlich, dass die einzelnen Häuser ihre Stammdaten nicht nach einer von der Gesundheit Nord festgelegten Struktur und Anweisung speichern. Dies ist betriebswirtschaftlich und organisatorisch nicht akzeptabel. Eine der zugewiesenen Aufgaben der Geschäftsführung der Gesundheit Nord ist der Aufbau und die Implementierung zentraler Dienste wie IT-Systeme[23]. Der kaufmännische Geschäftsführer der Gesundheit Nord gGmbH erklärte, dass es aus seiner Sicht zwingend erforderlich sei, eine entsprechende IT-Struktur vorzuhalten, die in der Gesundheit Nord noch nicht gegeben sei[24].

Bei einer Einheitsgesellschaft würde sich dieses Problem zu Beginn der Gesellschaft möglicherweise ebenfalls stellen, die Bearbeitung dieses Problems wäre aber schneller und effizienter zu gestalten.

Im Rahmen der Senatsbeschlüsse wurde das Instrument des Personalbinnenmarktes hervorgehoben[25], wodurch ein einheitliches Personalmanagement sichergestellt werden sollte. Der ehemalige Staatsrat Dr. Schulte-Sasse führte hierzu in seiner Vernehmung am 11. Mai 2012 aus:

> „*Der Personalbinnenmarkt ist ein ganz zentrales Instrument für die Sicherung der*

[19] Herr Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1209.
[20] Vgl. Bericht, S. 144 ff.
[21] Vgl. Bericht im Abschnitt 6.3.2.4.
[22] E-Mail von Frau Dr. Klouche, Band 201, S. 22.
[23] Anlage 1 zur Geschäftsanweisung für die Geschäftsführung, Band 58, S. 241.
[24] Herr Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 18/2518.
[25] Vorlage für die Sitzung des Senates am 17. Juli 2007, Band 147, S. 7.

kommunalen Klinken, und ich betrachte das als eine der größten persönlichen Niederlagen meiner vierjährigen Amtszeit, dass es nicht zur Realisierung des Personalbinnenmarktes gekommen ist.[26]"

Der ehemalige Staatsrat führte im Zusammenhang mit der Frage nach der gesellschaftlichen Struktur Folgendes aus:

„Genau! Deshalb bin ich eigentlich nicht der Geeignete, der diese Frage zu beantworten hat, und zwar schlicht und einfach aus dem Grund, weil ich selbst die jetzige Konstruktion für die zweitbeste Lösung halte. Ich halte den Einheitsbetrieb für die beste Lösung. Ich teile dort also die Meinung von Herrn Gmajnic und will auch erläutern, warum! (...)[27]".

Senatorische Behörde für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit:

Die Arbeit der senatorischen Behörde für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit bedarf in vielen Punkten ebenfalls einer kritischen Betrachtung und Würdigung.

Krankenhaushygieniker:

Die Qualifikation des am 28. Februar 2012 freigestellten Leiters des Instituts für allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene war Thema verschiedener Erörterungen[28]. Der Gesundheitsbehörde und dem Gesundheitsamt waren damit bereits am 9. November 2011 die Probleme der unzureichenden Qualifikation des Krankenhaushygienikers, der für das Klinikum Bremen-Mitte tätig war, bekannt.
Zeitweise wurde darüber nachgedacht, den ehemaligen Krankenhaushygieniker wieder im Klinikum Bremen-Mitte zu beschäftigen[29]. Warum es nicht zu einer Beschäftigung kam, konnte der Untersuchungsausschuss nicht ermitteln.

Unabhängig von der Frage, ob zum Zeitpunkt, als Dr. Kappler als Krankenhaushygieniker im Oktober 2007 die Leitung des Instituts für allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene übernahm[30], dieser die rechtliche Qualifikation besaß und den Anforderungen gemäß der Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen" entsprach, muss kritisch hinterfragt werden, wie sich die Gesundheitsbehörde und das Gesundheitsamt im November 2011 mit der Frage der Qualifikation des Krankenhaushygienikers auseinander gesetzt haben.

Diskutiert wurde in der senatorischen Behörde, in welcher Form eine Anerkennung als Krankenhaushygieniker zum Zeitpunkt November 2011 möglich war[31]. Es wurde weiterhin die Frage diskutiert, ob neben dem Ausschuss der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, der nach Auskunft der Vorsitzenden der Kommission für

[26] Herr Dr. Schulte-Sasse, Protokoll der öffentliche Beweisaufnahme, 19/2678.
[27] Herr Dr. Schulte-Sasse, Protokoll der öffentliche Beweisaufnahme, 19/2669.
[28] Vgl. E-Mail von Frau Rösler vom 10. November 2011Band 4, S. 313-314 und Protokoll der Umsetzungsrunde vom 09. November 2011, Band 4, S. 459.
[29] E-Mail von Herrn Dr. Götz, Band 5, Seiten 220-221.
[30] Beruflicher Werdegang, Dr. Kappler, Band 25, S. 622.
[31] Vermerk von Herrn Christelsohn, Band 4, S. 451-452.

Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nie getagt hat[32], auch die Gesundheitsbehörde die Anerkennung erteilen kann[33]. Diese Auffassung wurde von der Gesundheit Nord vertreten[34].

Der Zeuge Dr. Gruhl, ehemaliger Leiter der Abteilung 4 Gesundheit der Behörde für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit forderte in einer Email vom 9. November 2011, die an den Referatsleiter des Referates 43 und den Staatsrat für Gesundheit adressiert war unter Punkt 5:

> *„Wir müssen uns entscheiden, ob wir eine Ausnahmegenehmigung ausstellen oder eine fachaufsichtliche Anweisung zur Entbindung von Herrn Kappler vornehmen.[35]“*

Nach Kenntnis des parlamentarischen Untersuchungsausschusses ist daraufhin weder eine Ausnahmegenehmigung erteilt worden, noch wurde die fachaufsichtliche Anweisung zur Entbindung durch die Gesundheitsbehörde ausgesprochen.

Der Geschäftsführer und Sprecher der Gesundheit Nord hat am 29. Februar 2012 die Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte um die Freistellung des Krankenhaushygienikers ersucht[36]. Dies war damit begründet worden, dass der Krankenhaushygieniker nicht bereits früher die Keime mit Proben aus dem Jahr 2009 verglichen hat[37].

Es bleibt völlig unklar, warum die senatorische Behörde nicht gehandelt hat, obwohl sie davon wusste, dass der Krankenhaushygieniker nicht den durch die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention aufgestellten Voraussetzungen entsprach. Ob das erneute Auftreten des Keimes im Februar 2012 durch eine Freistellung des Krankenhaushygienikers und die Neubesetzung der Stelle hätte verhindert werden können, ist zwar spekulativ, es ist aber auch nicht ausgeschlossen.

Bemerkenswert ist, dass der Leiter der Abteilung 4 Gesundheit bereits am 9. November 2011 eine Entscheidung zu der Frage des Umganges mit dem Krankenhaushygieniker gefordert hat[38]. Offensichtlich sahen die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit und der Staatsrat für Gesundheit als Vorgesetzte des Leiters der Abteilung 4 Gesundheit keine Veranlassung, auf die Forderung zu reagieren. Auch das Angebot des ehemaligen Leiters des Instituts für allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene, bis zu einer Klärung der Situation wieder für das Institut tätig zu werden, da er zum damaligen Zeitpunkt noch Mitarbeiter des Klinikums Bremen-Mitte im ruhenden Teil der Altersteilzeit war, wurde nach Kenntnisstand des Untersuchungsausschuss nicht angenommen[39].

---

[32] Protokoll der Umsetzungsrunde vom 09. November 2011, Band 4, S. 459 und E-Mail von Herrn Kramer, Band 2, S. 60.
[33] Vermerk von Herrn Christelsohn, Band 4, S. 452.
[34] E-Mail von Herrn Kramer, Band 2, S. 60.
[35] E-Mail von Herrn Dr. Gruhl, Band 4, S. 450.
[36] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1163.
[37] Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1111.
[38] E-Mail von Herrn Dr. Gruhl, Band 4, S. 450.
[39] E-Mail von Herrn Dr. Götz, Band 5, S. 220.

Auch die Heranziehung des Robert-Koch-Instituts[40] und des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene[41] brachte im Zeitraum vom Beginn des Ausbruchsmanagements Anfang November 2011 bis zur Arbeitsaufnahme des qualifizierten Krankenhaushygienikers am 1. Juni 2012 keine fortlaufende Beratung durch einen qualifizierten Krankenhaushygieniker.

Festzuhalten bleibt, dass die senatorische Behörde in der Frage des Krankenhaushygienikers mehrere mögliche Handlungsoptionen nicht ergriffen hat und untätig geblieben ist. Diese Untätigkeit kann auch nicht damit begründet werden, dass die senatorische Behörde keine Kenntnis der Sachlage hatte. Dies ist umso erstaunlicher, als dass der Krankenhaushygieniker nicht nur für das Klinikum Bremen-Mitte, sondern auch für die anderen Kliniken der Gesundheit Nord tätig war und somit einen weitreichenden Aufgabenbereich im Rahmen der kommunalen Gesundheitsversorgung hatte. Es ist auch nicht in den Sitzungen des Aufsichtsrates der Gesundheit Nord über die Position des Krankenhaushygienikers gesprochen worden und ebenso wenig im Aufsichtsrat der Klinikum Bremen-Mitte. Der Krankenhaushygieniker nimmt im Bereich des Hygienemanagements eine herausragende Position ein, die durch die Vorgaben der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention und die Krankenhaushygieneverordnung deutlich untermauert wird. Daher wiegt die Untätigkeit der senatorischen Behörde in diesem Falle umso schwerer.

Erforderliche Anzahl von Hygienefachkräften:

Die Krankenhaushygieneverordnung regelte in § 7 [Hygienefachkraft] bis zu ihrem außer Kraft treten am 4. April 2012 unter anderem die Berechnungsgrundlage für die Anzahl zu beschäftigender Hygienefachkräfte[42]. Diese Regelung war für die im Land Bremen ansässigen Krankenhäuser eine verbindliche Vorgabe, auch für das Klinikum Bremen-Mitte.

Zum 12. Oktober 2009 wurde die Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention mit dem Titel „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ vom Robert Koch-Institut veröffentlicht[43].

An der Erstellung dieser Richtlinie war die Gesundheitsbehörde durch eine detaillierte Stellungnahme vom 26. Februar 2009 an das Robert Koch-Institut beteiligt[44].

---

[40] Schreiben des Robert-Koch-Instituts an den parlamentarischen Untersuchungsausschuss vom 14. November 2012.

[41] Schreiben des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene an den parlamentarischen Untersuchungsausschuss vom 12. November 2012.

[42] *§ 7 [Hygienefachkraft]*
Krankenhäuser haben für besonders infektionsrelevante Bereiche, insbesondere Chirurgie, Orthopädie, Urologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderheilkunde, Infektionskrankheiten einschließlich Tuberkulose, Intensivmedizin, Dialyse und Maximalversorgung in der Inneren Medizin, eine Hygienefachkraft für jeweils 300 Betten hauptamtlich zu beschäftigen. Für die übrigen Fachbereiche der Krankenhäuser für Akutkranke wird eine Hygienekraft für 600 Betten berechnet. Die Hygienefachkraft hat infektionsprophylaktische Maßnahmen durchzuführen, insbesondere Hygienepläne in Zusammenarbeit mit dem Krankenhausdesinfektor oder der Krankenhausdesinfektorin zu erstellen, die auch Desinfektions-, Sterilisations- und Reinigungspläne enthalten müssen. Die Hygienefachkräfte sind der ärztlichen Leitung direkt unterstellt.

[43] Bundesgesundheitsblatt 2009, Seiten 951-962.

[44] Schreiben der senatorischen Behörde an das Robert-Koch-Institut vom 29. Februar 2009, Band 4, S. 276-277.

Die Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention mit dem Titel „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ stellte eine neue Berechnungsgrundlage für die Ermittlung der zu beschäftigenden Hygienefachkräfte in einer Klinik auf, wonach die Betten gemäß einer Risikoeinstufung bestimmten Risikogruppen zugeordnet werden. Für diese Risikogruppen sind Quotienten hinterlegt, die eine Ermittlung der benötigten Vollzeitkräfte ermöglichen[45].

Diese Berechnungsgrundlage ist nicht Bestandteil der Krankenhaushygieneverordnung geworden, die bis zum 4. April 2012 in Kraft war. Demnach war für die Krankenhäuser im Land Bremen in der Zeit vom 12. Oktober 2009 bis zum Inkrafttreten der Verordnung über Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (HygInfVO) am 5. April 2012 die Anwendung der KRINKO-Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ nicht durch eine Verordnung verbindlich festgelegt.

Wird die in § 7 Krankenhaushygieneverordnung festgelegte Berechnungsgrundlage angewandt, ergibt sich bei günstiger Annahme ein Bedarf von 2,54 Vollzeitkräften, bei ungünstigster Annahme von 2,80 Vollzeitkräften[46].

Bei der Anwendung der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ ergibt sich nach sehr grober Abschätzung ein Bedarf von 3,92 Vollzeitkräften[47]. Bei der Anwendung der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ ergibt sich folglich ein erhöhter Bedarf an Vollzeitstellen für Hygienefachkräfte.

Der ehemalige Staatsrat Herr Dr. Schulte-Sasse hat Ende 2010 entschieden, die Krankenhaushygieneverordnung, deren Befristung auslief, ohne inhaltliche Änderungen zu verlängern. Gründe seien die hohe Arbeitsbelastung seiner Mitarbeiter und die bereits seinerzeit in Diskussion befindliche Novellierung des Infektionsschutzgesetzes gewesen[48].

Es ist nicht verständlich, welchen erhöhten Arbeitsaufwand die Einfügung eines statischen Verweises auf die Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention mit sich gebracht hätte. Weiterhin hatte die Arbeitsgruppe, die sich mit dieser Verordnung befasst hat, über mehrere Jahre die Möglichkeit, Veränderungen vorzubereiten. Mit einer frühzeitigen Änderung der Krankenhaushygieneverordnung hätte die Möglichkeit bestanden, höhere Hygienestandards im Land Bremen zu etablieren. Anzumerken ist weiterhin, dass der Bundestag[49] davon ausgegangen ist, dass für die Länder, die vor Novellierung des Infektionsschutzgesetzes eine Krankenhaushygieneverordnung erlassen haben, sich keine zusätzlichen Anforderungen

[45] Bundesgesundheitsblatt 2009, Seiten 956-960.
[46] Vgl. den Bericht Herr Staatsrat Professor Stauch, Bericht, Ausbruch von ESBL bildenden Klebsiella pneumoniae im Zentrum für Kinderheilkunde, Klinik Bremen-Mitte im Jahr 2011, Bremen, den 20. Dezember 2011, Band 50, S. 48.
[47] Vgl. den Bericht Herr Staatsrat Professor Stauch, Bericht, Ausbruch von ESBL bildenden Klebsiella pneumoniae im Zentrum für Kinderheilkunde, Klinik Bremen-Mitte im Jahr 2011, Bremen, den 20. Dezember 2011, Band 50, S. 49.
[48] Herr Dr. Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 33/4830.
[49] Vgl. Drucksache des Deutschen Bundestages 17/6141, S. 6.

ergeben, da davon ausgegangen wurde, dass die Krankenhaushygieneverordnungen die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention in den aktuellen Fassung berücksichtigten.

Umsetzung bundesrechtlicher Vorgaben:

Staatsrat Prof. Stauch hat in seinem Bericht vom 20. Dezember 2011 dargelegt, dass für das Gesundheitsamt keine Klarheit bestand, wer die zuständige Landesbehörde nach § 11 Absatz 2 Satz 1 IfSG ist[50]. Es wäre die Aufgabe der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit gewesen, eine entsprechende Bestimmung dem Senat vorzuschlagen[51]. Unter dem Punkt Schlussfolgerungen stellt Herr Prof. Stauch fest: „Es fehlt eine Festlegung der Meldewege durch die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit. Insbesondere war es nach dem Inkrafttreten der bundesgesetzlichen Meldepflicht nach § 11 Absatz 2 IfSG versäumt worden, die zuständige Landesbehörde zu bestimmen. Es wäre Sache des Gesundheitsamtes gewesen, diese Unklarheit durch Rücksprache bei der zuständigen Aufsichtsbehörde aufzuklären oder aber diese direkt dort zu melden[52]."
Die Erarbeitung einer solchen Zuständigkeitsregelung fällt in den Bereich des Referates für Rechtsfragen und das Referat für Infektionsschutz und in die Zuständigkeit des Staatsrates für Gesundheit[53].

Die zum 4. August 2011[54] eingeführte Vorschrift dient dazu, Zusammenhänge mit gemeldeten Ausbrüchen im Zuständigkeitsbereich anderer Gesundheitsämter zeitnah zu erkennen. So wird das Robert-Koch-Institut in die Lage versetzt, die Informationen über nosokomiale Ausbrüche auf epidemiologische Zusammenhänge hin zu untersuchen und die zuständigen Landesbehörden anhand der gewonnenen Erkenntnisse zu beraten oder, wenn Ausbrüche in anderen Krankenhäusern zu erwarten sind, durch Veröffentlichung im Epidemiologischen Bulletin zu informieren[55]. Würde man lediglich auf den Schutzzweck der Norm des § 11 Absatz 2 IfSG bezüglich der epidemiologischen Zusammenhänge zur Beurteilung des Fehlens einer Bestimmung der Landesbehörde abstellen, würde dies zu kurz greifen. Vielmehr muss erkannt werden, dass durch das Fehlen von Bestimmungen der Landesbehörde und des damit nicht geregelten Meldeweges, sich das Land Bremen der Möglichkeit beraubt hat, zeitnahe Hilfe durch das Robert-Koch-Institut in Anspruch nehmen zu können.

---

[50] § 11 Abs. II IfSG: Ein dem Gesundheitsamt nach § 6 Absatz 3 als Ausbruch gemeldetes gehäuftes Auftreten nosokomialer Infektionen ist vom Gesundheitsamt spätestens am dritten Arbeitstag der folgenden Woche ab die zuständige Landesbehörde sowie von dort innerhalb einer Woche an das Robert-Koch-Institut ausschließlich mit folgenden Angaben zu übermitteln:

1. zuständiges Gesundheitsamt,
2. Monat und Jahr der einzelnen Diagnosen,
3. Untersuchungsbefund,
4. wahrscheinlicher Infektionsweg, wahrscheinliches Infektionsrisiko,
5. Zahl der betroffenen Patienten.

[51] Vgl. den Bericht Herr Staatsrat Professor Stauch, Bericht, Ausbruch von ESBL bildenden Klebsiella pneumoniae im Zentrum für Kinderheilkunde, Klinik Bremen-Mitte im Jahr 2011, Bremen, den 20. Dezember 2011, Band 50, S. 35.

[52] Vgl. den Bericht Herr Staatsrat Professor Stauch, Bericht, Ausbruch von ESBL bildenden Klebsiella pneumoniae im Zentrum für Kinderheilkunde, Klinik Bremen-Mitte im Jahr 2011, Bremen, den 20. Dezember 2011, Band 50, S. 37.

[53] Herr Dr. Schuster Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 22/3114.

[54] Art. 1 des Gesetzes vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 162).

[55] Vgl. den Bericht Herr Staatsrat Professor Stauch, Bericht, Ausbruch von ESBL bildenden Klebsiella pneumoniae im Zentrum für Kinderheilkunde, Klinik Bremen-Mitte im Jahr 2011, Bremen, den 20. Dezember 2011, Band 50, S. 33; BTDrucks. 17/5178, S. 17.

Hätte die Senatorin zeitnah zum Inkrafttreten des novellierten Infektionsschutzgesetzes ihre Aufgabe wahrgenommen, die Landesbehörde im Sinne des § 11 Absatz 2 IfSG zu bestimmen, wäre es zumindest allen am gesetzlich vorgesehenen Meldeweg beteiligten Personen möglich gewesen, gemäß der Meldekette zu handeln. Zwischenzeitlich ist die Verordnung über die zuständigen Behörden nach dem Infektionsschutzgesetz geändert worden und die Aufgaben des Landeskompetenzzentrums „Infektionsepidemiologie" wurden per Erlass geregelt.

Ob dieses Versäumnis kausal dafür war, dass das Gesundheitsamt der Gesundheitsbehörde den Keimausbruch verspätet mitgeteilt hat, lässt sich nicht zweifelsfrei feststellen. Es bleibt festzuhalten, dass das Robert-Koch-Institut nach eigener Auskunft zum Zeitpunkt der Einschaltung keine konkrete Fallstudie mehr durchführen konnte, was hingegen bei einer früheren Einschaltung möglich gewesen wäre[56]. Somit hatte das Robert-Koch-Institut keine Möglichkeit, die Keimquelle frühzeitig ausfindig zu machen und damit weiteren Schaden für die Bevölkerung abzuwenden.

Es ist zwingend erforderlich, dass die Behörde für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit in Zukunft, während des Abstimmungsprozesses bundesgesetzlicher Regelungen prüft, inwieweit sich aus neuen oder geänderten bundesgesetzlichen Regelungen Änderungs- und Handlungsbedarfe für die senatorische Behörde ergeben und die notwendigen landesrechtlichen Regelungen zum Inkrafttreten der bundesrechtlichen Regelungen zeitnah anpasst.

Fehlvorstellungen in der senatorischen Behörde:

In der senatorischen Behörde bestand über einen Zeitraum von mehreren Jahren eine falsche Vorstellung bezüglich der Fach- und Rechtsaufsicht über das Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene[57].

Zu Beginn des Jahres 2009 hat sich der Leiter des Referates „Ärztliche Fragen im Gesundheitswesen, Pflege, Gesundheitsfachberufe, Infektionsschutz" der senatorischen Behörde intensiv mit dem Richtlinienentwurf der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention und Kontrolle von Infektionen als Folge medizinischer Maßnahmen" befasst.[58] Dazu lag auch eine Stellungnahme von dem damaligen Leiter des Instituts für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene vor[59]. Daher ist es unerklärlich, dass die senatorische Behörde in diesem Zusammenhang nicht die Qualifikation des Leiters des Instituts für allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene hinterfragt hat.

Somit wurde die fehlerhafte Annahme, es würde ein gemäß Krankenhaushygieneverordnung qualifizierter Krankenhaushygieniker für die kommunalen Kliniken der Gesundheit Nord beschäftigt, nicht revidiert.

---

[56] Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2124.
[57] Vgl. Ausführungen unter 5.2.1.5 des Berichtes
[58] Schreiben der senatorischen Behörde an das Robert-Koch-Institut vom 29. Februar 2009, Band 4, S. 276-277.
[59] Schreiben des Institutes für allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene an die senatorische Behörde vom 24. Februar 2009, Band 4, S. 282-284.

Personalsituation Gesundheitsamt Bremen:

Der senatorischen Behörde war spätestens ab dem 7. Juni 2010 bekannt, dass die personelle Situation des Gesundheitsamtes Bremen als nachgeordnete Dienststelle der Senatorin für Gesundheit aufgrund von EHEC, Schweingrippe und Vogelgrippe in den Jahren 2009 und 2010 eine routinemäßige Begehung der Krankenhäuser durch das Gesundheitsamt Bremen nicht ermöglichte. Eine fachlich notwendige Personalaufstockung erfolgte nicht und eine Prüfung der Personalausstattung im Gesundheitsamt erfolgte erst zwei Jahre später- im September 2011. Die senatorische Behörde hat drei Jahre lang akzeptiert, dass das Gesundheitsamt Bremen seinen gesetzlichen Verpflichtungen nicht oder nur völlig unzureichend nachgekommen ist. Angesichts der in Deutschland wiederholt aufgetretenen Keimausbrüche ist diese Haltung der senatorischen Behörde nicht nachzuvollziehen.

Klinikum Bremen-Mitte:

Station für Geburtshilfe:

Im Jahr 2011 wurden im Klinikum Bremen-Mitte 1.426 Kinder geboren, von denen 869 vollkommen gesund waren. Obwohl die anderen Geburtshilfestationen in der Stadtgemeinde Bremen den Ausfall der Geburtshilfestation am Klinikum Bremen-Mitte nach anfänglich großen Schwierigkeiten inzwischen gut kompensieren können, fehlt für die Versorgung der Bevölkerung eine große Geburtshilfestation im Klinikum Bremen-Mitte. Für das Klinikum Bremen-Mitte ist dieser Wegfall auch mit wirtschaftlichen Folgen verbunden, die für die Gesundheit Nord eine Existenzbedrohung darstellen. Durch eine weitere Verzögerung der Wiedereröffnung kommt es zudem zu einem Verlust von Know-How, insbesondere im kinderchirurgischen Bereich und einer dauerhaften Abwanderung von Experten und Fachkräften an andere Standorte. Im Vorfeld einer Wiedereröffnung gilt es, ein mit niedergelassenen Frauenärzten und dem Hebammenverband abgestimmtes medizinisches Gesamtkonzept vorzulegen, das die zukünftigen Schwerpunkte der Arbeit dieser Station skizziert. Ein weiteres Festhalten am Schwerpunkt der Betreuung von Risikoschwangerschaften ist ohne eine gleichzeitige Wiedereröffnung einer neonatologischen Station nicht sinnvoll.

III. Handlungsempfehlungen

Die Handlungsempfehlungen des Berichts werden, soweit sie im Folgenden nicht ausdrücklich abgelehnt oder geändert werden, inhaltlich geteilt und um die nachfolgenden, aus Sicht der CDU-Bürgerschaftsfraktion, zwingend notwendigen Empfehlungen ergänzt.

Zu den Handlungsempfehlungen unter I. Klinikum Bremen Mitte

Die Empfehlungen sind wie folgt zu ergänzen:

5. Die Geschäftsführung der Klinikum Bremen-Mitte gGmbH muss durch organisatorische Maßnahmen sicherstellen, dass die Krankenhaushygienekommission ihren per Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen vorgegeben Aufgaben nachkommen kann und die Anwesenheit der Kommissionsmitglieder gewährleistet wird.

6. Es wird empfohlen, dass über die Vorgaben von § 3 Absatz 1 Satz 2 Nr. 5 der Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen hinaus, alle Hygienefachkräfte an den Sitzungen der Hygienekommission teilnehmen.

7. Die Geschäftsführung der Klinikum Bremen-Mitte gGmbH wird unabhängig von der Fertigstellung des Teilersatzneubaus und des Eltern-Kind-Zentrums aufgefordert, die Station für Geburtshilfe zum nächstmöglichen Zeitpunkt wieder zu eröffnen.

Zu den Handlungsempfehlungen unter II. Alle Krankenhäuser in Bremen

Die Empfehlungen sind wie folgt zu ergänzen:

5. Die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten im Bereich des Hygienemanagements und der Reinigung sind von dem jeweiligen Krankenhaus eindeutig zuzuweisen und fortlaufend zu dokumentieren.

6. Der Krankenhaushygieniker hat die Pflicht, die Geschäftsführung des Krankenhauses zu informieren, sofern ihre Empfehlungen in dem Krankenhaus nicht in der vorgegebenen Zeit und oder dem vorgegebenen Umfang umgesetzt werden.

Zu den Handlungsempfehlungen unter III. an die Gesundheit Nord gGmbH

Die Nr. 1 der Handlungsempfehlungen wird wie folgt gefasst:

1. Die Konzernstruktur der Gesundheit Nord gGmbH ist hinsichtlich der Struktur der Zentren zu überprüfen. Gerade in den hausübergreifenden Zentren müssen die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten klar geregelt sein.

Die Nr. 3 der Handlungsempfehlungen wird gestrichen.

In der Nr. 5 der Handlungsempfehlung werden die Worte „in Zukunft“ nach dem Wort „muss“ eingefügt.

Zu den Handlungsempfehlungen unter IV. Hygienemanagement

Die Nr. 1 wird wie folgt gefasst:

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss regt an, dass das Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaus- und Umwelthygiene organisatorisch bei der Gesundheit Nord gGmbH angesiedelt wird. Weiterhin wird die Planung der Gesundheit Nord gGmbH unterstützt, das Institut zu einem Kompetenzzentrum für Hygiene weiterzuentwickeln. Hierbei soll der Fokus auf der Fort- und Weiterbildung liegen, wobei ein Hauptaugenmerk auf die Ausbildung von Krankenhaushygienikern gerichtet sein soll.

Die Nummern 4, 5, 6 und 7 der Handlungsempfehlungen werden gestrichen und im Falle der Nummern 4, 5, und 6 an anderer Stelle aufgenommen.

Zu den Handlungsempfehlungen unter V. Reinigungsmanagement

Der Punkt am Ende der Handlungsempfehlung Nr. 4 wird gestrichen und folgende Worte werden angefügt: „und mit zuständigen Hygienefachpersonal der Klinik abgestimmt."

Folgende weitere Handlungsempfehlung wird erteilt:

5. Die Geschäftsführung der Gesundheit Nord gGmbH hat zu überwachen, dass, unabhängig davon, ob die Reinigungsleistungen durch eigenes Personal oder durch Dritte erbracht werden, die Mitarbeiter im Bereich der Reinigung ausreichend und regelmäßig geschult werden. Die Schulungen sind dauerhaft fortzuführen. Hierzu ist der Geschäftsführung der Gesundheit Nord gGmbH regelmäßig zu berichten.

Zu den Handlungsempfehlungen unter VI. Gesundheitsamt

Die Handlungsempfehlung Nr. 9 wird zum Punkt VII verschoben.

Zu den Handlungsempfehlungen unter VII. Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit

Die Nr. 4 der Handlungsempfehlung wird um folgenden Satz ergänzt:

„Für die Fort- und Weiterbildung ist insbesondere das als Kompetenzzentrum für Hygiene weiterzuentwickelnde Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaus- und Umwelthygiene heranzuziehen."

Im ersten Satz der Handlungsempfehlung Nr. 5 wird nach dem Wort „für" das Wort „zwingend" eingefügt.
Nach dem ersten Satz der Handlungsempfehlung Nr. 5 wird folgender Satz eingefügt:
„Ebenso hält der parlamentarische Untersuchungsausschuss es für notwendig, dass der ökonomische Sachverstand in der senatorischen Behörde erhöht wird."
Im dritten Satz werden das Wort „eine" durch das Wort „zwei" und das Wort „Stelle" wird durch das Wort „Stellen" ersetzt..

Es werden folgende weitere Handlungsempfehlungen erteilt:

6. Die Zusammenarbeit, Informations- und Meldewege sowie die meldepflichtigen Ereignisse zwischen dem Gesundheitsamt und der senatorischen Behörde sind eindeutig festzulegen, schriftlich zu fixieren und regelmäßig zu prüfen. Der staatlichen Deputation für Gesundheit ist hierüber zu berichten.

7. Die Senatorin für Gesundheit wird aufgefordert, unverzüglich nach Veröffentlichung einer neuen Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention oder aufgrund von Änderungen einer solchen, diese dahingehend zu überprüfen, ob sich Veränderungsbedarfe für die Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen des Landes Bremen ergeben. Die Prüfungsergebnisse sind der staatlichen Deputation für Gesundheit mitzuteilen.

8. Die Senatorin für Gesundheit wird aufgefordert, bei der von ihr gemäß § 10 Absatz 1 Satz 1 Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen zu erarbeitenden Vorgaben für Hygieneaudits sicherzustellen, dass die Gesundheitsämter bei den Hygieneaudits die Einhaltung der Vorgaben der §§ 5 Absatz 3, 6 Absatz 3 und 7 Absatz 3 der Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen überprüfen.

9. Die Senatorin für Gesundheit muss prüfen, ob eine Reorganisation der Referate in der Abteilung Gesundheit notwendig ist. Die Eingliederung des Referats 02 Beteiligungsmanagement/ Angelegenheiten der kommunalen Klinika in die Abteilung 4 ist bei der Prüfung zu berücksichtigen.

10. Die Senatorin für Gesundheit wird aufgefordert, dass bei zukünftigen Stellenbesetzungen die eingestellte Person die Anforderungen des Geschäftsverteilungsplanes für diese Stelle erfüllt, damit eine nachträgliche Anpassung des Geschäftsverteilungsplanes überflüssig wird und keine zusätzliche Arbeitsbelastung bei anderen Mitarbeitern entsteht.

Zu den Handlungsempfehlungen unter VIII. an den Senat

Die Nr. 1 und Nr. 2 der Handlungsempfehlungen an den Senat werden gestrichen. Stattdessen wird folgende Handlungsempfehlung an den Senat gerichtet:

1. Der Senat wird aufgefordert, das bisherige Sanierungskonzept vollständig zu evaluieren und der Bürgerschaft ein neues Konzept zur Stärkung der wirtschaftlichen Basis der Gesundheit Nord gGmbH vorzulegen, welches die momentane Situation, die mittelfristige Planung und die langfristigen Investitionsbedarfe und die erhöhten Anforderungen durch die Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen in den Kliniken der Gesundheit Nord gGmbH berücksichtigt.

In der Handlungsempfehlung Nr. 4 an den Senat wird Satz 3 abgelehnt.

Es werden folgende weitere Handlungsempfehlungen abgegeben:

5. Der Senat wird aufgefordert, die vier selbständigen Gesellschaften der kommunalen Krankenhäuser aufzulösen und vollständig in den Betrieb der Gesundheit Nord gGmbH zu überführen.

6. Der Senat wird aufgefordert, der Bürgerschaft eine Änderung des Krankenhausunternehmens- Ortsgesetz (KHUG) vorzulegen, die die Errichtung eines Einheitsbetriebs für die kommunalen Kliniken sicherstellt.

7. Der Senat wird dazu aufgefordert sich für eine einheitliche Implementierung von Vorgaben einzusetzen, welche die Anordnung und die Durchführung von Personalscreenings festlegt.

8. Der Senat wird aufgefordert, die von der Freien Hansestadt Bremen in den Aufsichtsrat der Gesundheit Nord gGmbH und in die Aufsichtsräte der vier Klinika zu entsendenden Mitglieder sorgfältig auszuwählen. Von den zu entsendenden Mitgliedern soll mindestens je ein Mitglied medizinischen, betriebswirtschaftlichen und juristischen Sachverstand nachweisen können. Die Gesellschaftsverträge sind entsprechend anzupassen.

9. Der Senat wird aufgefordert, die Abteilung Junge Menschen und Familie von der Behörde für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen an die Behörde für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit zu verlegen und die Abteilung Gesundheit von der Behörde für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit an die Behörde Soziales, Kinder, Jugend und Frauen zu verlegen.

Minderheitenvotum

der Fraktion DIE LINKE
in der Bremischen Bürgerschaft im
Parlamentarischen Untersuchungsausschuss
„Krankenhauskeime“

„Wie schon zum xten Mal auf dieser Station Überbelegung!!! Schwerstkranke Kinder, OP’s, Zugänge, Entlassungen. Man arbeitet Nonstop ohne Pause!! So kann + darf es nicht weitergehen! Hilfe!“

Überlastungsanzeige aus der Kinderklinik, Station 1, 1.04.2009, Band 160 S. 20

„Die Personalplanung ist weniger von leistungsbezogenen Kennzahlen als vom Sanierungsplan der GeNo bestimmt.“

KTQ-Zertifizierungsbericht Klinikum Bremen-Mitte, 16.02.2011, Band 10 S. 294

Inhalt

I. Vorbemerkung und Zusammenfassung ……..…… 4

1. Notwendigkeit eines Minderheiten-Votums ..…….…. 4
2. Vermeidbarkeit der Infektionen und Todesfälle …….…. 5
3. Der Bremer Ausbruch im Kontext anderer Ausbrüche …… … 11
4. Ausmaß des Keimausbruchs und der Folgen …… … 17
5. Zusammenfassung der Feststellungen …… 20

II. Kritische Bewertung der Sachaufklärung durch den Untersuchungsausschuss … 2

III. Direkte Ursachen der Infektionen und Todesfälle …….. ……. 30

1. Personelle Unterbesetzung in der Pflege ..…… 30

1.1. Bedeutung der Personalausstattung für hygienische Risiken …… 30
1.2. Nichteinhaltung der KRINKO-Richtlinie ……..… 33
1.3. Auswirkung der Unterbesetzung auf das Betreuungsverhältnis …… … 41
1.4. Nichteinhaltung der GBA-Richtlinie zur Qualifikation …… 46
1.5. Verschlechterung der Personalsituation durch die Zentralisierung …… 49
1.6. Unterschreitung von Mindestbesetzungen ……..… ...…… 53
1.7. Überlastungsanzeigen …… 55
1.8. Nichtbeachtung von Warnhinweisen …… 63
1.9. Personalplanung für die Neonatologie …… 68
1.10. Verantwortung für die Unterbesetzung in der Neonatologie …… 69

2. Hygienisch unzureichende Reinigung und Desinfektion …… 74

2.1. Bedeutung der Reinigung für hygienische Risiken …… 74
2.2. Keimsituation in der Kinderklinik und im Klinikum Mitte …… 77
2.3. Dokumentierte Kritik des Reinigungssystems …… 83
2.4. Reinigungszeiten und Reinigungshäufigkeit …… 89
2.5. Qualitätsverschlechterung durch Auslagerung …… 107
2.6. Mögliche Fehler bei der Konzentration des Desinfektionsmittels …… 110

3. Unzureichendes Hygienemanagement …… 114

3.1. Zutreffende Feststellungen des Mehrheitsberichts …… 114
3.2. Fehlende Dokumentation von Keimbefunden……..…… 115
3.3. Unterlassene Meldungen …… 116
3.4. Ineffizienz des Hygienemanagements …… 117

4. Verfehltes Ausbruchsmanagement …… 119
4.1. Sinn und Aufgaben des Ausbruchsmanagements …… 119
4.2. Krisenstab und Umsetzungsrunde …… 120
4.3. Unterlassenes Ausbruchsmanagement August/September 2011 …… 123
4.4. Kohortierung im Krisenfall reicht nicht …… 123
4.5. Rolle des RKI …… 124
4.6. Rolle des BZH …… 126
4.7. Verhältnis der GeNo zu externer Beratung …… 127
4.8. Verfrühte Wiedereröffnung der Station …… 128

5. Diskussion …… 131

IV. Indirekte Ursachen der Infektionen und Todesfälle …….…… 138
1. Finanzielle Unterausstattung und „Sanierungskonzept“ …… 138
1.1. Personalabbau …… 138
1.2. Fehlsteuerung durch vermeintlichen „Bundesdurchschnitt“ …… 141
1.3. Personalbelastung …… 156
1.4. Selbstfinanzierung des Krankenhaus-Neubaus …… 161
1.5. Krankenhaus-Investitionen des Landes …… 162
1.6. „Sanierung“ als Schock-Strategie …… 167

2. Unzureichende staatliche Gesundheitsaufsicht …..…… 171
2.1. Gesundheitsamt …….. 171
2.2. Senatorische Behörde ……... 174
2.3. Parlamentarische Kontrolle …… …….. 179

3. Organisierte Verantwortungslosigkeit …… 181
3.1. Verunklarung durch das Zentrenkonzept …… 181
3.2. Eingliederung der Neonatologie in die Kinderklinik …… 181
3.3. Zentralisierung und Versorgungsauftrag …… 182
3.4. Ausgliederung der Reinigung …… 182
3.5. Eingliederung des LUA als Hygieneinstitut des KBM …… 183
3.6. Rolle privater Beratungsfirmen …….…… 184
3.7. Double-Bind …… 185

4. Autistische Unternehmenskultur …….. ……... 186
4.1. Ausblendung und Resignation …… 186
4.2. Fehlinformation der Öffentlichkeit …… 188
4.3. Patriarchale Unternehmenskultur …… … 190

5. Diskussion …… 193

V. Konsequenzen und Empfehlungen …….. 197

VI. Schlussbemerkung …… 206

Vorbemerkung und Zusammenfassung

1. Notwendigkeit eines Minderheiten-Votums

Durch den Keimausbruch und die Todesfälle in der Frühgeborenen-Abteilung des Klinikum Bremen-Mitte (KBM) ist wieder ins Bewusstsein der Öffentlichkeit gelangt, wozu die kommunalen Kliniken des Landes eigentlich da sind: zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, allen offenstehenden Gesundheitsfürsorge der Bevölkerung. Betriebsstrukturen und finanzielle Ausstattung sind Mittel, um dieses Ziel zu erreichen, kein Selbstzweck. Es ist schrecklich, dass es drei im Sommer 2011 verstorbener Babies bedurfte, um diese Selbstverständlichkeit wieder in den Mittelpunkt der politischen Befassung mit den Kliniken zu rücken. Es ist zu hoffen, dass Sachzwänge, Haushaltsnotlage und die vielfältigen Eigendynamiken der öffentlichen Verwaltung und der Aufmerksamkeitsökonomie diese Orientierung auf die Hauptsache: das Leben und die Gesundheit der Menschen, nicht wieder in den Hintergrund treten lassen.

Frühgeborene sind Hochrisiko-Patienten. Das gilt besonders, wenn sie in einer frühen Schwangerschaftswoche mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm geboren werden. Viele davon sterben trotz aller medizinischen Bemühungen. Gerade deshalb haben Frühgeborene und ihre Eltern einen Anspruch darauf, dass das medizinisch als notwendig Erkannte und technisch Leistbare getan wird und dass insbesondere Gefahren, die vom Aufenthalt im Krankenhaus selbst ausgehen, konsequent bekämpft werden. Das ist auf der Frühgeborenen-Station des KBM nicht der Fall gewesen. Die unmittelbar Beteiligten wussten das und die Entscheider hätten es wissen können, wenn sie sich dafür interessiert hätten. Dass trotz dokumentierter Mängel und Warnhinweise diese Gefahren nicht verringert wurden, sondern immer weiter zunahmen, hat seine Ursachen im Bestreben von GeNo-Leitung und Senat, den Klinikverbund möglichst profitabel zu machen. Erhöhte Risiken für Patienten sind dafür in Kauf genommen worden.

Zur Aufklärung der Infektionen und Todesfälle setzte die Bremische Bürgerschaft am 1. Dezember 2012 einen Parlamentarischen Untersuchungsausschuss (PUA) ein. Der Ausschuss hatte einen klaren Auftrag. Er sollte untersuchen,

- ob und inwieweit die Nichtbeachtung von Vorschriften der Krankenhaushygiene, strukturelle, personelle und/oder organisatorische Mängel sowie die Nichtbeachtung von Meldevorschriften für die Infektionen und Todesfälle **ursächlich** waren,
- ob die Infektionen und Todesfälle von Frühgeborenen im Klinikum Mitte **vermeidbar** gewesen wären.[1]

Der von der Ausschussmehrheit vorgelegte Bericht weicht diesen Fragen jedoch aus und beantwortet die Fragen, zu deren Aufklärung der Ausschuss eingesetzt wurde, nicht mit der notwendigen Klarheit. Wesentliche Ergebnisse der Beweisaufnahme werden ausgelassen. In einigen zentralen Fragen kommt die Vertreterin der LINKEN zu Feststellungen und Schlussfolgerungen, die im Mehrheitsbericht unbenannt oder vollständig vage bleiben. Die Vertreterin der LINKEN sieht sich daher gezwungen, ein Minderheitenvotum vorzulegen.

[1] Einsetzungsbeschluss, Bremische Bürgerschaft Drs. 18/132

2. Vermeidbarkeit der Infektionen und Todesfälle

Auf die beiden Hauptfragen des Einsetzungsbeschlusses kann die Antwort nur lauten:

- **Ja, die Nichtbeachtung von Hygienevorschriften, strukturelle, personelle und organisatorische Mängel im KBM, in der GeNo, im Gesundheitsamt und in der senatorischen Behörde, sowie die Nichtbeachtung von Meldevorschriften waren ursächlich für die Infektionen mit dem Ausbruchsstamm und für mindestens vier Todesfälle von Frühgeborenen.**
- **Dabei handelt es sich jedoch nicht um isolierte Mängel, sondern um ein insgesamt mangelhaftes System, für das die Leitung der GeNo und der Senat der 17. Legislaturperiode die Verantwortung tragen.**
- **Ja, die Infektionen und Todesfälle wären mit hoher Wahrscheinlichkeit vermeidbar gewesen. Über einen Zeitraum von mindestens vier Jahren gab es eine Vielzahl von Fehlentscheidungen und unterlassenen Maßnahmen, die, wären sie richtig getroffen bzw. rechtzeitig ergriffen worden, die Klebsiellen-Infektionswelle und die dadurch verursachten Todesfälle verhindert hätten.**

Es war nicht unvermeidlich, dass es in der Frühgeborenen-Station des KBM zu einem mindestens dreijährigen Ausbruchsgeschehen kam. Es war nicht unvermeidlich, dass mindestens vier Frühgeborene in direkter Folge einer Infektion mit multiresistenten Klebsiellen des Ausbruchsstamms gestorben sind. Wären die Personalausstattung und das Reinigungswesen besser gewesen, wären Keimbefunde systematisch dokumentiert und ausgewertet worden, wären Warnhinweise und dokumentierte Mängel ernster genommen worden, wären die Zentralisierung der Frühgeborenen-Behandlung und die Wiedereröffnung der Station medizinisch abgewogen und nicht betriebswirtschaftlich fixiert entschieden worden, wäre die Klinik entschlossener beaufsichtigt worden und hätte sich nicht eine Unternehmenskultur etabliert, die kostenträchtige Entscheidungen nur fällt, wenn der öffentliche Druck es erzwingt – die Frühgeborenen hätten nicht sterben müssen, es hätten sich nicht Dutzende von Frühgeborenen am selben Keimstamm anstecken müssen, mit teilweise möglicherweise gravierenden Folgen für ihre lebenslange Gesundheit.

Der Untersuchungsausschuss hat eine Vielzahl von Mängeln aufgedeckt, deren Wirkung sich gegenseitig verstärkt hat und die in der Summe die Infektionswelle und die Todesfälle verursacht haben. Diese Mängel sind das Resultat von falschen Entscheidungen, die von der GeNo-Leitung, der KBM-Leitung, der Leitung der Kinderklinik und vom Senat getroffen wurden. Diese Entscheidungen haben den Spielraum für richtiges Handeln und für die Vermeidung von Fehlern immer weiter eingeengt. Die Entscheidungen sind nicht unverbunden, sondern stehen in einem Zusammenhang: Der Orientierung auf eine betriebswirtschaftlich fixierte Sanierungs- und Erlösperspektive, der alle anderen Fragen untergeordnet wurden. Dennoch hätte es bis zum Schluss die Möglichkeit gegeben, durch mutige Entscheidungen aus der Logik des ‚Spiels auf Risiko‘ auszubrechen. Auch gab es während der ganzen Zeit Beschäftigte, BeschäftigtenvertreterInnen und Externe, die auf die Mängel und auf die Gefährdung der Patientensicherheit hingewiesen haben.

Im Mehrheitsbericht wird die Vermeidbarkeit der Infektionen und Todesfälle nicht zum Ausdruck gebracht. Die Regierungsfraktionen im Untersuchungsausschuss legten sich von Anfang an auf die Haltung fest, das Problem der Krankenhaus-Infektionen mit den

Übersicht: Liste von Fehlentscheidungen, die maßgeblich zu den Infektionen und Todesfällen beigetragen haben

Zeitpunkt	Fehlentscheidung	Folgen	Alternative
2004	Eingliederung LUA als Hygieneinstitut KBM	Schwache Stellung des KH-Hygienikers	Neugründung Hygieneinstitut am KBM
April 2005	Keine Information des Gesundheitsamts über Klebsiellen-Ausbruch	Ausbruchsgefahr auf NN wird unterschätzt	Gesundheitsamt informieren
14.02.2007	Eingliederung der Neonatologie in die Prof.-Hess-Kinderklinik	Keine Leitung durch Facharzt für Neonatologie	Wiederbesetzung der Leitung NN
5.10.2007	KRINKO-Richtlinie Frühgeborene < 1.250 g wird ignoriert	Hygienerisiken durch personelle Unterbesetzung	Personal-aufstockung
24.06.2008	Senatsbeschluss Kliniken-Sanierung • Überzogener Personalabbau • Keine Ausnahmen für Hochrisikobereiche • Abbau im Schock-Tempo • Durchgriffs-Struktur	Verbetriebswirtschaft-lichung d. Kliniken • Schlechtere Patientenbetreuung • Hohes Hygiene-Risiko • Überalterung und Dequalifizierung • Immunisierung gegen Warnhinweise	Finanzierung des TEN durch FHB, aktives Risikomanagement, Stärkung medizinischer Verantwortung
04.12.2008	Reduzierung der Sitzungen der Hygienekommission	Schlechtere Hygienekontrolle	Beibehaltung oder Ausweitung des Turnus
06.01.2009	Senatsbeschluss Reinigungsdienst • Ausgliederung • Fremdverwaltung durch R+S	Verschlechterung der Reinigung • Keine Stationskräfte • Dequalifizierung • Risiko von Keimverschleppung	Auflösung der KSG, Eingliederung Reinigung in die einzelnen Kliniken, Qualifizierung
Januar 2009	Ausbruchsstamm wird nicht dokumentiert	Wiederauftreten 2011 wird nicht erkannt	Stations- und erregerbezogene Zentraldokumentation
Nach 19.02.2009	Umsetzung GBA Fach-weiterbildungsquote wird hinausgeschoben	Fachweiterbildungsquote nur 20-25 %, keine aktuelle Qualifikation	Sofortige Anstrengung, 40% bald zu erreichen
April 2009 bis März 2011	Keimbefunde ESBL-Klebsiellen werden nicht typisiert	Ausbruch wird möglicherweise nicht erkannt	Typisierung bei allen ESBL-Bildnern
Sommer 2009	Zentralisierung der Level-1-Behandlung in Mitte	Qualitätsverschlechterung, hohe Hürde für Stationsschließung	2-Standorte-Konzept, Ausfallkonzept
Sommer 2009	Aufstockung der Bettenzahl ohne Personalausgleich	Hohes Hygienerisiko durch Personalschlüssel	Versetzung Personal von LdW nach Mitte
April 2010 bis Oktober 2011	Keine Reaktion auf Hinweise zum Personalmangel	Personalsituation verschlechtert sich weiter	Risikoeinschätzung + Personal-aufstockung
18.11.2010	PGF KBM erhält alleinige Personalverantwortung	Personalabbau wird weiter verschärft, auch auf NN	Budgethoheit der Kliniken bzw. Zentren
Juli 2011	Keine Dokumentation, kein Abgleich mit Keimen januar 2009 ff.	Mehrjähriger Ausbruch nicht erkannt, keine Schließung	Keim-Dokumentation u. Auswertung auf Station
August 2011	Keine Meldung der neuen Fälle ans Gesundheitsamt	Chance der Schließung wird vertan, 2 der 2011-Todesfälle erkranken	Meldung nach 2. Fall, Schließung
September 2011	Keine Schließung der Station	4 weitere Kinder erkranken, weitere besiedelt	Schließung der Station
09.01.2012	Übereilte Wieder-eröffnung der Station	1 weiteres Kind stirbt am Ausbruch	Aktivierung LdW und Nord

Maßstäben eines Arbeitsunfalls bzw. eines Versicherungsfalls zu messen: Hat es disziplinarrechtlich wertbare Verfehlungen Einzelner gegeben? Haben isolierte Handlungen zwangsläufig die Infektionen und Todesfälle hervorgebracht? Lässt sich eine lückenlose Kausalität zwischen einzelnen Handlungen und den Folgen nachweisen? Andernfalls, so die Sichtweise der Regierungsfraktionen, wären die Infektionen und Todesfälle tragisch und gäben zu Verbesserungen Anlass, wären aber letztlich höhere Gewalt, für die niemand die Verantwortung trägt.

Diese Herangehensweise wurde vom Senat gefördert, der hohes Interesse an einer derartigen Entschuldung der Verantwortlichen demonstrierte:

> „Es darf deshalb nicht übersehen werden, dass derartige Keimvorfälle aus systemischen Gründen Alltag in deutschen Kliniken sind, insbesondere in Stationen der Neonatologischen Intensivmedizin. (…) Das Besondere in Bremen ist also nicht der Keimausbruch an sich, sondern die Vermutung, dass schuldhaftes Handeln die Ursache dieses Keimausbruches ist.“[2]

> „Angesichts der inzwischen offenkundigen Nachlässigkeiten und Fehler vor allem wohl im Hygienemanagement der Klinik Bremen-Mitte, denen Sie in diesem Untersuchungsausschuss mit Sorgfalt und intensiver Detailaufklärung nachgegangen sind, bitte ich Sie jedoch, nicht die entscheidende Frage aus dem Augen zu verlieren: Können wir am Ende mit hinreichender Sicherheit sagen, dass die festgestellten Defizite und Mängel ursächlich sind für den Tod der Frühgeborenen?“[3]

Dem liegt eine grundsätzliche Fehlauffassung zugrunde von dem, was Krankenhaus-Infektionen und eine entsprechende Prävention sind, wie Fehler und Verantwortung auf diesem Gebiet zu fassen sind und was die Aufgabe eines Untersuchungsausschusses ist.

Krankenhaus-Infektionen sind wie Autounfälle

In der Tat lassen sich Krankenhaus-Infektionen nicht hundertprozentig vermeiden, sowenig, wie sich Verkehrsunfälle hundertprozentig vermeiden lassen. Auch bei Verkehrsunfällen ist es häufig unmöglich, eine lückenlose Kausalität herzustellen in dem Sinne, dass sich der Unfall durch die überhöhte Geschwindigkeit des Fahrers ereignen *musste*: Es hätte auch gutgehen können. Das bedeutet aber nicht, dass es keine Verantwortung oder Schuld gibt und jeder Unfall eine Sache höherer Gewalt ist. Ganz im Gegenteil. Der Gesetzgeber, die Gerichte, die Versicherungen und der gesunde Menschenverstand erlegen jedem, der sich in den Verkehr begibt, ein Verhalten auf, das Risiken minimiert und die Wahrscheinlichkeit von Unfällen verringert. Wer sich riskant verhalten hat – als Fahrer, Halter oder sogar Beifahrer –, dem wird eine vollständige oder anteilige Schuld am Unfall zugewiesen. Wenn man immer mit 250 km auf der Autobahn fährt und dann einen Unfall baut, dann war die Geschwindigkeit am Tag des Unfalls auch nicht höher als an den anderen Tagen. Daraus abzuleiten, überhöhte Geschwindigkeit hätte mit Unfällen nichts zu tun, wäre falsch. Das riskante Verhalten hat die Wahrscheinlichkeit des Unfalls erhöht, auch wenn er nicht sofort eingetreten ist.[4]

---

[2] Renate Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Anhörung 31-4479 f.

[3] Ebenda, 31-4485 f.

[4] Dieser Vergleich, der in einer Pressemitteilung der LINKEN gezogen und im WK online vom 21.12.2011 zitiert wurde, wurde auch vom Sachverständigen Tim Eckmanns vom RKI positiv aufgegriffen: „Ja, genau! Da wurde für mich ein sehr schöner Vergleich gezogen: Wenn jemand schon seit Stunden 200 km/h fährt und einen Unfall baut, dann bedeutet 200 - -. Das hat, glaube ich, sogar irgendjemand hier in Bremen in irgendeinem Kommentar verglichen. So ist es tatsächlich. Unsere

Vergleich: Risikofaktoren bei Autounfall und bei Krankenhaus-infektionen

Autounfall	**Krankenhaus-Infektion**	§ **Vorgaben**
Geschwindigkeit (km/h)	Personalausstattung (Pflegekräfte/Patient)	KRINKO
Führerschein	Qualifikation	GBA
Straßenverhältnisse	Reinigung	KRINKO
Sichtverhältnisse	Dokumentation	IfSG
Inspektion	Hygienemanagement	KHygVO
TÜV	Gesundheitsamt	ÖGDG
Halterverantwortung	Eigentümer-Verantwortung	

[5]

Genau in diese Richtung bewegt sich auch die rechtliche Würdigung von Krankenhaus-Infektionen in den letzten Jahren. Kliniken müssen sich risikominimierend verhalten. Wenn sie das nicht getan haben, müssen sie im Fall von Infektionen oder Todesfällen nachweisen, dass ihr Handeln *nicht* mit ursächlich für die eingetretenen Folgen war.[6] Unabhängig von der rechtlichen Betrachtung wird sich auch die politische Würdigung darauf richten müssen: Ist von den Verantwortlichen das getan worden, was notwendig gewesen wäre, um Risiken zu minimieren? Diese Verantwortung abweisen zu wollen – weil der Unfall sich auch bei vorschriftsmäßiger Geschwindigkeit hätte ereignen können oder auch bei überhöhter Geschwindigkeit nicht unbedingt eintreten musste –, kann in der öffentlichen Daseinsvorsorge genauso wenig akzeptiert werden, wie im Straßenverkehr.

Aussage ist tatsächlich: Wenn dieser Zusammenhang nicht gefunden wird, bedeutet es keineswegs das Umgekehrte, dass also kein Zusammenhang da ist.“ Tim Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Anhörung 15-2140

[5] Eigene Darstellung. Fotos: Wikicommons, Traffic Collision: Damnsoft 09, Klebsiella pneumonia: CDC Atlanta, USA

[6] „Also, die KRINKO [Krankenhaushygiene-und-Infektionspräventions-Kommission des Robert-Koch-Instituts] macht grundsätzlich keine gesetzlichen Empfehlungen, aber man muss sagen: Die Richtlinie mit den Anlagen der KRINKO ist ja gerade in der Novellierung des Infektionsschutzgesetzes noch einmal deutlich hervorgehoben worden, so dass das, was die KRINKO an Empfehlungen herausgibt, eigentlich einen verbindlichen Charakter hat. Bei jeder Gerichtsverhandlung fragt der Richter heute inzwischen: Sind die KRINKO-Richtlinien eingehalten worden? Wenn das nicht der Fall ist, ist das schon ein grober Mangel und führt dann in der Regel auch zur Beweisumkehr, sodass die KRINKO-Richtlinien im Grunde genommen einen gesetzlichen Charakter haben, ohne dass sie gesetzlich festgeschrieben sind (…) Wer sich an diese Standards nicht hält, hat große Schwierigkeiten.“ Thomas Eikmann, Protokoll der öffentlichen Anhörung 2-105 f. Ähnlich Klaus-Dieter Zastrow 2-209 f., Reinhard Laux 16-2230, Hermann Schulte-Sasse 19-2719.

Die **Personalausstattung** ist bei Krankenhaus-Infektionen das, was im Straßenverkehr die Geschwindigkeit ist. Je mehr Patienten eine Pflegekraft gleichzeitig versorgen muss, desto höher wird das Risiko einer Keimübertragung. Die Gefahr steigt, dass die hygienische Barriere – kein Patientenkontakt ohne vorherige Händedesinfektion, kein Zwischendurch-Kontakt zu anderen Patienten, Geräten oder Flächen ohne anschließende erneute Hände-Desinfektion – nicht mehr zuverlässig einzuhalten ist, wenn die Belastung eine bestimmte Grenze überschreitet. Das Risiko von Übertragungen nimmt so zu, wie die Wahrscheinlichkeit von Fahrfehlern bei überhöhter Geschwindigkeit.

> „Vorsitzende: Welchen Einfluss hat denn die Auslastung einer Station auf die Qualität der Pflege und auf das Infektionsrisiko?
>
> Zeuge Professor Dr. Herting: Dazu werden Sie ja noch Experten hören. Diese Daten gibt es weniger aus der Neonatologie als aus dem Erwachsenenintensivbereich. Da gibt es solche Studien, die eben zeigen, dass in Überlastungssituationen Infektionsraten durchaus ansteigen können. Das mag man zum einen auf die räumlichen Gegebenheiten zurückführen, dass man sagt, da stehen Patienten zu dicht. Ich glaube aber, dass es im Wesentlichen eher mit dem Personal zu tun hat und dann einfach mit einer Überforderung des Personals in extremen Situationen.“[7]

Für die Frühgeborenen-Behandlung gibt es daher eine Richtlinie der KRINKO (der Krankenhaushygiene-und-Infektionspräventions-Kommission des Robert-Koch-Instituts), die auch einen Richtwert zum Personalschlüssel enthält.[8]

Auch andere Risikofaktoren lassen sich mit entsprechenden Risikofaktoren im Straßenverkehr vergleichen, und auch im Bereich der Krankenhaus-Infektionen gibt es Vorgaben, die zu einer Minimierung dieser Risikofaktoren verpflichten. Der Zustand der **Reinigung und Desinfektion** im Krankenhaus wirkt sich ähnlich aus wie die Straßenverhältnisse. Eine schlechte Reinigung, die Erreger nicht zuverlässig beseitigt, führt meist nicht direkt zur Infektion der Patienten, da diese in der Regel nicht unmittelbar mit den kontaminierten Flächen in Kontakt kommen. Das gilt insbesondere für Hochrisikopatienten wie Frühgeborene, die sich häufig in Brutkästen oder Wärmebetten befinden. Schlechte Straßenverhältnisse führen jedoch dazu, dass Fahrfehler oder überhöhte Geschwindigkeit schneller gefährliche Folgen haben. Das gleiche gilt für unzureichende Reinigung und Desinfektion: Fehler bei der Handhygiene, durch das Personal vermittelte Übertragungswege zwischen Patienten oder zwischen Patienten und Flächen, führen dann schneller dazu, dass tatsächlich Erreger übertragen werden.

Ein weiterer Risikofaktor im Straßenverkehr sind schlechte Sichtverhältnisse: Sie erschweren das rechtzeitige Reagieren und das vorausschauende Fahren. Dem entspricht bei Krankenhaus-Infektionen eine unzureichende **Dokumentation und Auswertung von Keimbefunden** (Patientenbefunden und Umgebungsuntersuchungen). Wenn Keimbefunde nicht lückenlos dokumentiert und zeitnah ausgewertet werden, kann das Personal auf die Anzeichen einer Infektionswelle oder eines Ausbruchs nicht reagieren, weil es diese Anzeichen gar nicht bemerkt. Ebenso regeln Hygienevorschriften die notwendige **Qualifikation des Personals** – Fahren ohne Führerschein der entsprechenden Gewichtsklasse ist ein unzulässiger Risikofaktor.

---

[7] Egbert Herting, Protokoll der öffentlichen Anhörung 1-23

[8] Empfehlung zur Prävention nosokomialer Infektionen bei neonatologischen Intensivpflegepatienten mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g, Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut, 5.Oktober 2007, Band 5, S. 102 ff.

Risiken durch Materialmängel werden beim Straßenverkehr begrenzt durch regelmäßige Inspektionen des Fahrzeugs und durch die Aufsicht des TÜV. Auch hier gilt: Abgefahrene Bremsen oder eine verzogene Spur erzwingen nicht mit Notwendigkeit einen Unfall. Sie machen ihn nur in Verbindung mit den anderen Risikofaktoren sehr viel wahrscheinlicher und sollen deshalb ausgeschlossen werden. Für Krankenhaus-Infektionen übernimmt das **Hygienemanagement** des Krankenhauses die Rolle der regelmäßigen Inspektion, mit Hygiene-Visiten, Hygiene-Fachkräften, hygienebeauftragten Ärzten, einem Krankenhaus-Hygieniker und einer ärztlichen Geschäftsführung. Die Rolle des TÜV fällt dem **Gesundheitsamt** zu, das die Krankenhäuser überwacht und dafür in größeren Abständen Begehungen und Nachkontrollen durchführt. Auch ein überschrittener TÜV-Termin führt nicht mit Notwendigkeit zum Unfall. Dennoch wird sich niemand damit herausreden können, dessen TÜV-Plakette ein halbes Jahr überfällig ist.

Die Unfähigkeit und Unwilligkeit der **GeNo- und KBM-Leitung,** Risiken, Warnhinweise und Kritik zur Kenntnis zu nehmen, ist dem Zustand der eingeschränkten Fahrtüchtigkeit zu vergleichen. Die Verantwortung endet jedoch nicht bei ihnen. Auch im Straßenverkehr kann der Fahrzeughalter nicht jede Verantwortung auf den Fahrer abwälzen. Wenn der Halter akzeptiert, ja sogar den Fahrer dazu ermutigt und dazu anhält, sein Fahrzeug in unverantwortlicher Weise zu fahren, dann trifft ihn sein Teil der Verantwortung für eintretende Unfälle. Die Rolle des Fahrzeughalters hat im Bereich der Krankenhaus-Infektionen der Eigentümer der Klinik inne – im Fall des Klinikum Bremen-Mitte mithin der **Bremer Senat**. Ihm fällt die Doppelrolle zu, einerseits Eigentümer der kommunalen Kliniken zu sein, als auch andererseits kommunaler und Landesgesetzgeber sowie oberste Verwaltungsbehörde für das Gesundheitswesen, die über die öffentlich finanzierten Klinikinvestitionen entscheidet.

Hochrisikoverhalten als Unfallursache

Im Bild des Autounfalls lässt sich die Abfolge der Ereignisse so beschreiben:

In der Frühgeborenen-Station des Klinikum Bremen-Mitte ist auf regennasser Straße und bei völlig unzureichender Sicht trotzdem mit extrem überhöhter Geschwindigkeit gefahren worden. Wenn die Richtlinie der KRINKO und die Empfehlungen der Fachgesellschaften und Experten, wonach eine Pflegekraft nicht mehr als zwei Frühgeborene gleichzeitig betreuen soll, ein relativ sicheres Autobahn-Tempo von 100 km/h darstellen, dann fuhr das KBM seine Frühgeborenen-Station ab 2010 meistens doppelt so schnell, zu Spitzenzeiten auch zweieinhalb oder gar drei Mal so schnell. Das konnte nicht lange gut gehen, schon gar nicht in Verbindung mit den höchst mangelhaften Reinigungsverhältnissen und der fehlenden Dokumentation.

Führerscheine waren zum Teil gerade noch gültig aufgrund von Übergangsregelungen (Fachpflege), zum Teil ungültig (Krankenhaushygieniker). Das System der Inspektionen (Hygienemanagement) war chaotisch, der TÜV (Gesundheitsamt) war zu einer ernsthaften Überprüfung nicht in der Lage.

Der Halter aber, die öffentliche Hand als Eigentümer der kommunalen Kliniken, hielt den Fahrer gezielt dazu an, möglichst schnell zu fahren. Mit dem Coup von 2008, der GeNo die Finanzierung des Neubaus Mitte aus dem laufenden Betrieb aufzuerlegen, legten Senat und GeNo-Geschäftsführung gemeinsam überhöhte Geschwindigkeit als Normalzustand für die kommunalen Kliniken fest. Der Senat als Halter interessierte sich für nichts anderes als für möglichst schnelle Fahrt. Hier liegt, bei allen Fehlern der GeNo-, der KBM- und der Kinderklinik-Leitung, die politische Verantwortung der

Landesregierung für die Infektionen und Todesfälle: Hochriskantes, unverantwortliches Fahrerverhalten erzwungen, gefordert und immer wieder bestärkt zu haben.

3. Der Bremer Ausbruch im Kontext anderer Ausbrüche

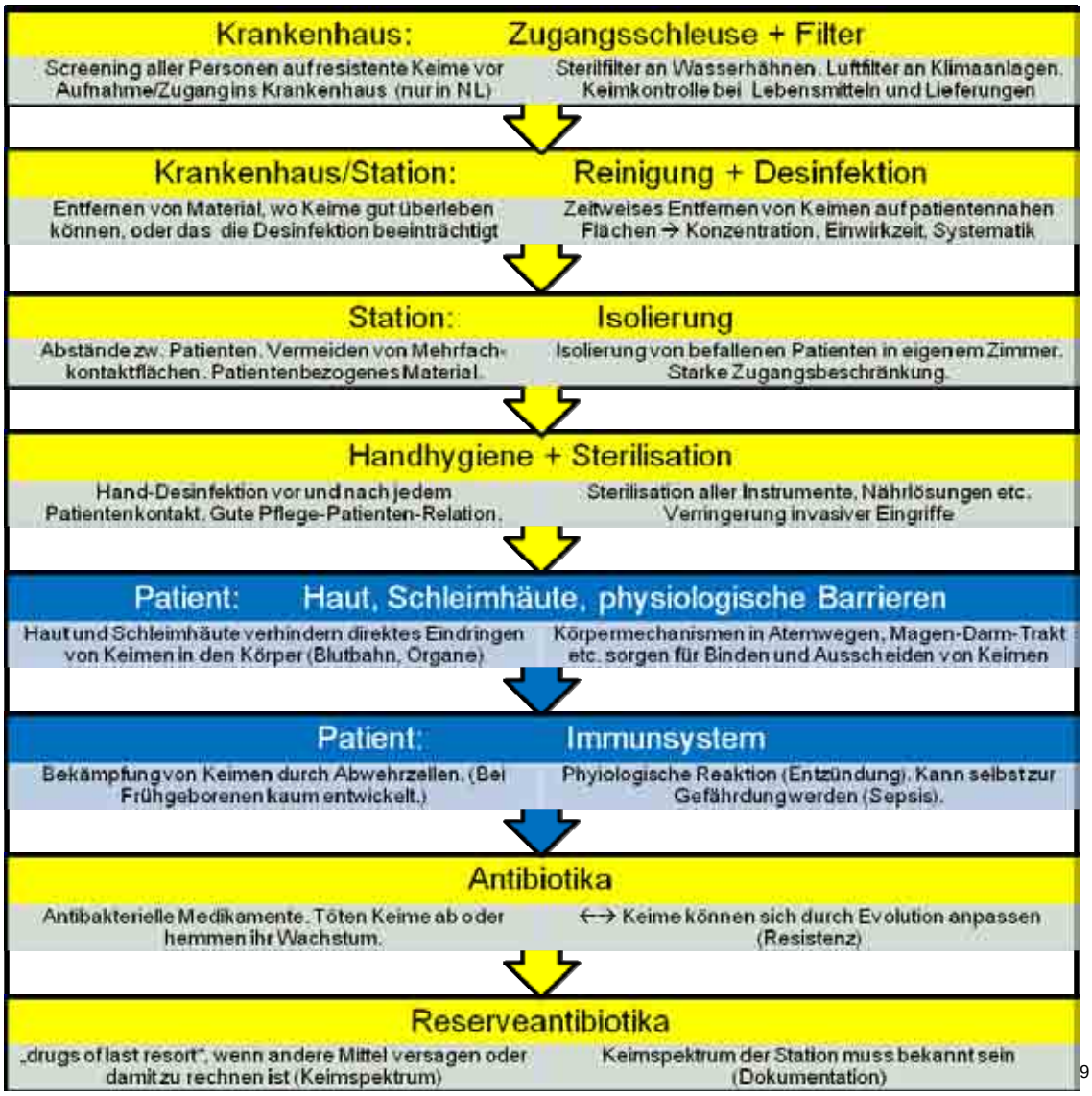
Keimausbrüche auf Frühgeborenen-Stationen (neonatalen Intensivstationen) sind in den letzten Jahren verstärkt bekannt geworden. Dies ist zum einen auf die **erhöhte Sensibilität der Öffentlichkeit** und des Gesundheitswesens zurückzuführen. Der Keimausbruch am Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße in Köln im Dezember 1989 wurde erst Jahre später bekannt. Inzwischen gelangen Keimausbrüche auf Frühgeborenen-Stationen schneller an die Öffentlichkeit, auch wenn anzunehmen ist, dass auch heute viele Ausbrüche unerkannt bleiben oder nicht öffentlich bekannt werden. Beim Keimausbruch an der Kinderklinik des Dritten Ordens in Passau im Oktober 2011 schaltete die Klinikleitung selbst die Staatsanwaltschaft ein, um die Aufklärung zu befördern und den Verdacht des Vertuschens erst gar nicht aufkommen zu lassen. Auch in Mainz benachrichtigte die Klinikleitung die Staatsanwaltschaft direkt und war bemüht, frühzeitig Transparenz zu schaffen.

Zum anderen stellen Keimausbrüche auf Frühgeborenen-Stationen das sichtbarste Zeichen eines allgemeinen Problems dar: **Die Zunahme resistenter oder multiresistenter Erreger**, d.h. von Krankheitserregern, die gegen eines oder mehrere der gängigen Antibiotika immun sind. Die Krankheitserreger sind Bakterien, die in ihrer Urform massenhaft in der Umwelt verbreitet sind. In der Darmflora von Erwachsenen existiert eine Vielzahl von Bakterien, die dort harmlos sind, aber zu schweren Infektionen führen können, wenn sie in die Lunge, ins Gehirn, in die Bauchhöhle oder in die Blutbahn gelangen. Wenn Erreger im Krankenhaus existieren und sich dort vermehren und verbreiten, oder wenn sie dort entstehen (etwa indem dort Erreger Resistenzen entwickeln), spricht man von Krankenhaus-Erregern. Keimausbrüche entstehen, wenn die vielfältigen Barrieren gegen das Eindringen von Keimen in den menschlichen Organismus nicht ausreichen, um Infektionen (d.h. Ansteckung mit dem Erreger) zu verhindern.

Infektionsschutz als Multibarrierensystem

Der weit überwiegende Teil aller Erreger wird normalerweise durch das Barrieresystem des Menschen selbst neutralisiert: Die Haut und die Schleimhäute als mechanische Barrieren, die physiologischen Barrieren mit denen Keime gebunden und abtransportiert werden, sowie die Fähigkeiten des menschlichen Immunsystems, eingedrungene Erreger zu beseitigen. Bei immungeschwächten Patienten ist dies dagegen nicht der Fall. **Frühgeborene** sind besonders betroffen, da ihr Immunsystem noch nicht entwickelt ist. Betroffen sind aber auch andere Patientengruppen mit geschwächtem Immunsystem, insbesondere **Frischoperierte** und **ältere oder schwer erkrankte Patienten**, sowie **immunsupprimierte Patienten**, deren Immunabwehr aus medizinischen Gründen medikamentös geschwächt wird. Sie alle sind darauf angewiesen, dass das Barrieresystem des Krankenhauses sie davor schützt, mit Krankheitserregern in Kontakt zu kommen.

Multibarrierensystem der Abwehr von Krankenhauskeimen



[9]

Wer zuhause renoviert, Tapeten entfernt oder anderen Bauschutt produziert, kennt das Problem des ‚Eintrags‘: Über kurz oder lang verteilen sich die Partikel in der Wohnung. Barrieren sind hilfreich, aber ihre Wirkung ist nie hundertprozentig. Sie kann verstärkt werden, wenn mehrere Barrieren miteinander kombiniert werden: Der Schutt wird abgedeckt, eine Folie davor gehängt, es läuft niemand durchs Zimmer, wer doch hinein muss wechselt die Schuhe, der Boden davor wird öfter sauber gemacht usw. Im Prinzip funktioniert das Barrieresystem eines Krankenhauses gegen Krankenhauskeime auch nicht anders. Die Anforderungen sind jedoch ungleich höher, und im Gegensatz zu Schuttpartikeln kann man Bakterien mit bloßem Auge nicht sehen und mit normalen Reinigungsmitteln nicht entfernen.

Auch das Problem des ‚Herds‘ oder der ‚Quelle‘ ist aus dem Alltag bekannt. Eine ungewöhnliche Häufung von Fruchtfliegen in der Küche verschwindet buchstäblich augenblicklich, wenn der Gegenstand gefunden und entfernt wird, wo die Fliegen sich ernähren und nisten: die verfaulte Banane oder der hinter den Schrank gefallene Apfel. Bei einem kleineren Teil der Keimausbrüche kann eine verhältnismäßig einfache Ursache gefunden werden: entweder ein Gegenstand, möglicherweise auch eine Person, vom

[9] Eigene Darstellung

dem/der aus immer wieder Keime verteilt werden (eine Quelle), oder ein einzelner falscher Handlungsablauf, bei dem das Barrierensystem durchkreuzt wird (ein Eintragsvektor).[10]

Ursachen einschlägiger Keimausbrüche

Von den bekannten Keimausbrüchen auf Frühgeborenen-Stationen der letzten Jahre konnte nur einer auf eine Quelle zurückgeführt werden. Beim Ausbruch an der Universitätsklinik Mainz waren verkeimte Nährlösungen die Ursache (so wie beim Ausbruch an der Kölner Klinik 1989). Bei den Hygieneskandalen in Fulda und Kassel, die keine Frühgeborenen betrafen, wurde ein Eintragsvektor entdeckt: das OP-Besteck war nicht richtig sterilisiert worden. Ein dritter Ursachenkomplex wurde beim Keimausbruch in der Frühgeborenen-Station der Uniklinik Gießen 1996-1999 festgestellt. Es konnte gezeigt werden, dass das verwendete Desinfektionsmittel in einer zu niedrigen Konzentration angewendet wurde, die nicht ausreicht, Klebsiellen abzutöten. Die Barriere ‚Desinfektion‘ war damit wirkungslos.

Mögliche Ursachen von Keimausbrüchen		
Quelle	Es existiert eine Keimquelle, die so massiv ist, dass sie das Multibarrierensystem überfordert.	Mainz 2011, Köln 1989
Eintragsvektor	Es existiert ein Einfallsweg für Keime, der am Barrierensystem vorbeiführt.	Fulda 2011, Kassel 2011
Barriereversagen	Eine bestimmte Barriere (Reinigung, Handhygiene, Filter usw.) ist so mangelhaft, dass die anderen Barrieren den Durchbruch nicht aufhalten können.	Gießen 1996-1999
Organisations-versagen	Mehrere oder alle Barrieren sind so geschwächt, dass das System insgesamt der Herausforderung durch resistente Keime nicht gewachsen ist.	Maasstad 2010-2011

[11]

[10] Klaus-Dieter Zastrow, Protokoll der öffentlichen Anhörung 2-245 f.
[11] Eigene Darstellung

Keimausbrüche auf neonatologischen Intensivstationen in Deutschland					
Ort	Trägerschaft	Zeitraum	Keim	Folgen	Ursache
Kinderkranken-haus Amster-damer Straße, Köln	Öffentlich: gGmbH des Landes (100%)	Dezember 1989	Enterobacter	4 gestorben + 6 infiziert. Verfahren eingestellt.	Kontaminierte Nährlösung
Universitäts-klinikum Gießen und Marburg (UKGM)	Privat: Rhön AG (95%), Land Hessen (5%)	1996-1999	Klebsiella oxytoca	4 gestorben + 36 infi-ziert + 24 geschädigt. Klinik zu Schadens-ersatz verurteilt	Zu niedrig dosiertes Desinfektions-mittel
Klinikum Bremen-Mitte	Öffentlich: gGmbH der Holding Gesundheit Nord (GeNo) (Stadt 100%)	Januar 2009 bis Mai 2012	Klebsiella pneumoniae	5 gestorben + 32 infiziert oder besiedelt. Staatsanw. ermittelt. Parl. Untersuchungs-ausschuss eingesetzt.	Nicht bekannt
Altonaer Kinder-krankenhaus (AKK)	Öffentlich: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf UKE (Universität Hamburg 100%)	Januar 2010	E.coli	2 gestorben	Nicht bekannt
Universitäts-medizin der Johannes-Gutenberg-Universität (JGU) Mainz	Öffentlich: Körperschaft des öffentlichen Rechts	August 2010	Enterobacter	3 gestorben + 5 infiziert. Ermittlungen eingestellt.	Kontaminierte Nährlösung
DRK-Kinder-klinik Siegen	Freigemeinnützig: Deutsches Rotes Kreuz (DRK)	September 2011		3 gestorben (drittes Kind ohne Obduktion bestattet, Staatsanw. vermutet identische Todesursache). Ermittl. eingestellt.	Nicht bekannt
Asklepios Klinik Hamburg-Barmbek	Privat: Asklepios (74,9%), Land Hamburg (25,1%)	September 2011	Klebsiella pneumoniae	16 besiedelt + 2 infi-ziert, keine Todesfälle. Station vorübergehend geschlossen.	Nicht bekannt
Kinderklinik Dritter Orden Passau	Kirchlich: Dritter Orden	Oktober 2011		1 gestorben + 3 infiziert + 8 besiedelt. Klinik schaltet Staatsanw. ein.	Nicht bekannt
Universitätsklini kum Jena (UKJ)	Öffentlich: Körperschaft des öffentlichen Rechts	April-Mai 2012	Entero-kokken (VRE)	14 besiedelt, keine Todesfälle	Nicht bekannt
Ludmillenstift Meppen	Freigemeinnützig: Kuratorium der Stiftung Ludmillenstift	Mai 2012	E.coli	5 besiedelt, keine Todesfälle	Nicht bekannt
Charité Berlin	Öffentlich: Körperschaft des öffentlichen Rechts	Oktober 2012	Serratien	1 gestorben + 6 infiziert + 16 besiedelt. Staatsanw. ermittelt	Nicht bekannt

Keimausbrüche außerhalb von Frühgeborenen-Stationen					
Universitäts-klinikum Leipzig (UKL)	Öffentlich: Anstalt des öffentlichen Rechts	Juli 2010 bis heute	Carbabenem -resistente Klebsiellen (KPC)	58 infiziert oder besiedelt	Nicht bekannt
Maasstad Krankenhaus Rotterdam	Non-profit/Stiftung: Maasstad Kranken-haus-Stiftung	Juli 2010 bis Juli 2011	Klebsiella pneumoniae Oxa-48	27 gestorben + über 50 infiziert.	System-versagen

[12]

Bei den meisten Keimausbrüchen auf Frühgeborenen-Stationen der letzten Jahre wurde keine dieser drei Ursachenarten entdeckt.[13] Die Ausbrüche endeten, ohne dass eine Quelle, ein Eintragsvektor oder das Versagen einer bestimmten Barriere nachgewiesen wurden. In einigen dieser Fälle kann es sein, dass eine derartige Ursache im Rahmen der allgemeinen Verschärfung des Hygienesystems beseitigt wurde, ohne es zu wissen. Dies wird aber nicht die Erklärung für alle diese Fälle sein können. Es ist daher davon auszugehen, **dass eine allgemeine Schwäche des Multibarrierensystems ebenfalls als Ursache von Ausbrüchen in Betracht kommt,** wo Mängel sich in ihrer Wirkung so verstärken, dass das System insgesamt zu durchlässig wird.

In dieser Hinsicht stellt der Bericht der externen Untersuchungskommission des **Maasstad Krankenhauses in Rotterdam** (Niederlande) vom 29.März 2012 einen Meilenstein dar.[14] Der Bericht stellt die vielfältigen Faktoren dar, die zu einem zwölfmonatigen Klebsiellen-Ausbruch geführt haben, der weder auf eine Punktquelle, noch auf einen bestimmten Eintragsvektor, noch auf Fehler bei einer bestimmten Barriere zurückgeführt werden konnte. Es handelte sich dabei um keine Frühgeborenen, sondern um erwachsene Patienten, von denen sich über 80 infizierten und 27 starben.

> „Die Kommission stellt fest, dass dem Maasstad Krankenhaus eine Sicherheitskultur fehlt. (…) Alle beteiligten Akteure müssen sich darüber im Klaren sein, dass Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung oberste Priorität haben und dementsprechend handeln.“[15]

Genau das war am Maasstad Krankenhaus nach Auffassung der Kommission nicht der Fall gewesen. Hygienefehler waren begangen wurden, die Anzeichen eines Ausbruchs wurden nicht ernst genommen, notwendige Entscheidungen nicht getroffen, die den Ausbruch hätten

---

[12] Eigene Zusammenstellung, Quelle: Presseberichte/Internet zu den einzelnen Keimausbrüchen

[13] „Man muss aber ganz klar wissen, derartige Ursachen oder Quellen findet man in den allerallerwenigsten Fällen. Man muss einfach auch sagen, da ist die Industrie mittlerweile relativ gut, sodass so etwas nicht vorkommt. (…) bei solch einem langgezogenen Ausbruch - als wir hinkamen, hieß es ja zuerst noch Juni, dann hatten wir relativ schnell herausgefunden, dass es sogar schon ein paar Fälle seit April gegeben hatte -, wenn etwas so lang gezogen ist, dann kann es im Grunde kaum eine einzige Quelle geben, sondern dann ist es möglicherweise eine Kombination von verschiedenen Sachen, oder es ist das Klassische, das die Ursache fast der meisten Ausbrüche ist, dass es immer wieder über die Hände von einem Patienten zum anderen übertragen wird, dass es also Infektionsketten gibt.“ Tim Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Anhörung 15-2046.

[14] Externe Untersuchungskommission des Maasstad Krankenhauses: Das Unsichtbare Sehen. Untersuchung zur Ursache des Ausbruchs des Klebsielle Oxa-48 Bakterium im Maasstad Krankenhaus in Rotterdam, 29.März 2012, Übersetzung des niederländischen Originalberichts, Band 185.

[15] Ebenda, S. 56

eindämmen können. **Ein wesentlicher Hintergrund war die Umwandlung des Krankenhauses im Geiste der Profitorientierung:**

> „Zum Zeitpunkt dieser Veränderungen im Gesundheitswesen hatte das Maasstad Krankenhaus finanzielle Probleme. Der Vorsitzende, der im September 2004 seinen Dienst angetreten hat, richtete seine Aufmerksamkeit in erster Linie auf die (finanzielle) Sanierung des Krankenhauses. Nach seiner Auffassung war es erforderlich, das Krankenhaus wie ein Geschäftsunternehmen zu führen. Diese Meinung entspricht den Leitgedanken des neuen Gesundheitswesens. Der Vorstandsvorsitzende ging diese neue Rolle energisch an und stellte die Organisation darauf ein. Es wurde eine große Stabsabteilung Marketing, Kommunikation & Sales aufgebaut und Schlüsselpositionen im Management wurden von Personen mit einem betriebswirtschaftlichen Hintergrund bekleidet. Die Aufmerksamkeit richtete sich vor allem auf die Wiederherstellung der finanziellen Stabilität und auf das Verstärken von Wettbewerbspositionen des Krankenhauses durch aktives Marketing, Erweiterung, Anziehen besonderer (hochwertiger) Funktionen.“[16]

> „Der Vorstand überließ die interne Leitung der Geschäftsleitung und entfremdete sich somit vom klinischen Alltag. Diese Konzentration auf betriebswirtschaftliche Prozesse führte zu einem enormen Ehrgeiz-Niveau zulasten der Qualität und Sicherheit. (…) Der Aufsichtsrat hat nicht erkannt, wie anfällig die Vorstandsstruktur und die
>
> Vorstandszusammensetzung waren. Er hat sich vom Aufstieg des Krankenhauses auf der Rankingliste von AD und Elsevier blenden lassen. Das Interesse an Qualität und Sicherheit war dagegen nur sehr gering.“[17]

Organisationsversagen als Ursache

Auch der Ausbruch auf der Frühgeborenen-Station am KBM geht auf ein **Organisationsversagen** zurück. Der Ausschuss hat schwerwiegende Mängel bei nahezu allen Bestandteilen des Multibarrierensystems festgestellt: der personellen Ausstattung und damit der Handhygiene, der Reinigung und Desinfektion, der Dokumentation und damit der medikamentösen und organisatorischen Reaktionszeit, den Filtersystemen, sowie den baulichen und organisatorischen Voraussetzungen einer wirksamen Isolierung.

> „Viel mehr Mängel als hier kann man kaum finden.“[18]

Der Aufsichtsrat und der Senat haben sich von den scheinbar guten betriebswirtschaftlichen Ergebnissen blenden lassen. Sie haben Gefährdungen der Patientensicherheit in Kauf genommen, um Gewinn zu erzielen – nicht in Form von Ausschüttungen, aber in Form der staatlichen Nichtleistung der Investitionskosten, was einer Gewinnabführung gleichkommt.

Die Fachgesellschaften und Fachkommissionen, die bei Keimausbrüchen als ‚task force‘ zum Einsatz kommen, betreiben keine Ursachenanalyse im vollständigen Sinn. Ihre Perspektive ist davon bestimmt, durch welche Maßnahmen im unmittelbaren Handlungsbereich der Klinik- und Stationsleitungen sich der Ausbruch unterbrechen bzw.

---

[16] Ebenda, S. 17

[17] Ebenda, S. 6. Gemeint sind die Rankinglisten der niederländischen Tageszeitung AD (früher Algemeen Dagblad) und des niederländisch-britischen Wissenschaftsverlags Elsevier, die ebenso einflussreich wie umstritten sind. Siehe Roland Bal: Organizing for Transparency. The ranking of Dutch hospital care, www.kingsfund.org.uk/document.rm?id=9680, sowie http://de.wikipedia.org/wiki/Elsevier.

[18] Walter Popp, Protokoll der öffentlichen Anhörung 32-4783

beenden lässt. Ursachen im Bereich eines komplexeren Organisationsversagens entziehen sich diesem Zugang tendenziell. So haben auch die Vertreter des RKI und des BZH ihre Herangehensweise im Ausschuss erläutert:

> „Unsere Aufgabe ist zu untersuchen, was die Ursache für den Ausbruch ist. Das Erste, was man aber bei einem Ausbruch macht, ist, sich das Ausmaß anzusehen und dann natürlich zu schauen, dass man den Ausbruch stoppt. Das ist das primäre Ziel, wenn man so früh kommt, dass er noch vorhanden ist.“[19]

> „Wir haben keine Ausbruchsanalyse selbst durchgeführt, weil dafür das RKI im Hause war.“[20]

Wesentliche Einschränkungen gelten auch für die Ursachenanalyse durch die Untersuchungen der Staatsanwaltschaft. Hier richtet sich der Zugang auf mögliche strafrechtliche Vergehen, die konkreten Personen zugeordnet werden können, und auf einen Zeitrahmen, der durch die in Frage kommenden Verjährungsfristen begrenzt ist.

Bei einem Keimausbruch, der nicht durch eine Quelle, einen klaren Eintragsvektor oder einen alleinentscheidenden Mangel einer konkreten Barriere erklärt werden kann, sondern wo die Ursachen möglicherweise in den Bereich des Organisationsversagens reichen, kann eine weitergehende Analyse der Ursachen eigentlich nur durch einen eigens dafür eingesetzten Ausschuss erfolgen.

4. Ausmaß des Keimausbruchs und der Folgen

Zum heutigen Zeitpunkt (Oktober 2012) sind 37 Kinder bekanntermaßen dem Ausbruch zuzurechnen: 1 im Jahr 2009, 30 im Jahr 2011, 5 im Februar 2012 beim erneuten Ausbruch nach der Wiedereröffnung der Station, 1 im Mai 2012 auf der Kinderchirurgie (Station 3911). Dazu gehören 4 Kinder aus 2011, bei denen vom Ausbruchsstamm ausgegangen wird, eine Gentypisierung sich jedoch nicht mehr durchführen lässt.[21]

Vier der 37 Kinder sind an der Infektion mit dem Ausbruchsstamm gestorben, bei einem **fünften verstorbenen Kind ist unklar**, ob der Befall mit dem Erreger mitursächlich für den Tod war.[22] **6 weitere sind daran erkrankt.** 26 waren mit dem Ausbruchsstamm lediglich besiedelt ohne Infektion. Von diesen sind 2 aus anderen Ursachen verstorben.

Weitere Kinder waren in engem zeitlichen oder räumlichen Zusammenhang mit dem Ausbruch mit Klebsiellen besiedelt oder infiziert oder sind daran gestorben, ohne dass es sich um den Ausbruchsstamm handelte (oder ohne dass eine Probe auf Identität mit dem Stamm vorliegt).

---

[19] Tim Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Anhörung 15-2041

[20] Sebastian Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Anhörung 3-414

[21] Erster Zwischenbericht Neonatologie am Klinikum Bremen-Mitte vom 13.06.2012, Band 197, S. 5 f.

[22] Das Kind wurde am 15.11.2011 als „Infektion“ gemeldet, Band 100, S. 71, Klarname dazu in der internen Liste „Zeitlicher Verlauf ESBL Neonatologie 2011“, Band 100, S. 69. Auch in der auf der Station angelegten Akte „Chronik November 2011“, Band 112, ist das Kind auf S. 332 mit dem Hinweis „Infektion“ und auf S. 335 mit dem Hinweis „Sepsis“ geführt, auf S. 334 als „Infekt.?“ und auf S. 415 als „ESBL-Klebsiellen Sepsis (Besiedlung lt. [Name unleserlich])“. In der Patientenakte ist in der Pflegedokumentation am 20.07.2011 vermerkt: „keine Antibiose, keine Reintubation bei neuer Infektion“, Band 28, S. 510. Im Stauch-Bericht ist das Kind ebenfalls als Infektion geführt, da es zwar keinen Nachweis einer Sepsis (Blutkultur) gibt, aber eine Behandlung mit Carpabenem erfolgte, Band 50, S. 10.

Der Untersuchungsausschuss kann nicht feststellen, wie viele der erkrankten, aber nicht verstorbenen Kinder durch die Infektion gesundheitliche Schädigungen davongetragen haben. Da die Kinder sich noch sehr früh in ihrer Entwicklung befinden, können solche Schädigungen auch erst später offenkundig werden.

Anzahl der betroffenen Kinder im Verlauf des Keimausbruchs								
	Ausbruchsstamm				Klebsiellen, nicht Ausbruchsstamm			
	An Infektion verstorben	Verstorben, Zus.-hang unklar	Infiziert = erkrankt, nicht verstorben	Besiedelt = nicht erkrankt (davon verstorben)	An Infektion verstorben	Infiziert und verstorben, Zus.-hang unklar	Infiziert, nicht verstorben	Besiedelt (davon verstorben)
Januar 2009			1					2
März-Aug. 2009					1			2
Januar 2010					1		1	1
2011	3	1	6	20 (1)				2
Febr. 2012	1			4 (1)				
Mai-Juni 2012				1				1
Summe	**4**	**1**	**7**	**25 (2)**	2		1	8

[23]

Gesundheitliche Schädigungen durch die Infektionswelle

Gesundheitliche Schädigungen können nicht nur durch die Infektion selbst verursacht werden, sondern auch durch die **Behandlung** infolge der Infektion. Eine Infektion kann chirurgische und andere Eingriffe erforderlich machen, die den Körper stark belasten. Auch die Antibiotika, die zur Behandlung der Infektion gegeben werden – oder möglicherweise auch, bei äußerlicher Besiedlung mit dem Erreger, zur Verhinderung einer Infektion –, haben erhebliche Nebenwirkungen. Gesundheitliche Schädigungen durch die Infektionswelle können daher auch Kinder betreffen, die nicht an dem Erreger erkrankt sind, aber wegen des Erregers mit starken Medikamenten behandelt wurden, mit denen sie ohne den Keimausbruch nicht behandelt worden wären.

Die Infektion mit dem Ausbruchsstamm kann den Tod von Kindern mitverursacht haben, auch wenn die eigentliche **Todesursache** eine andere war. Insbesondere das Risiko von Hirnblutungen oder Nierenversagen wird durch Infektionen bei Frühgeborenen erhöht.[24] Stabilisierungsversuche durch operative Eingriffe können andere Infektionen nach sich ziehen. Bei Todesfällen von Kindern, die mit dem Keim infiziert waren, muss daher eine mögliche Mitursächlichkeit der Infektion für den Tod einbezogen werden. Das betrifft vor allem das Kind, das in 2011 an einer Infektion mit dem Ausbruchsstamm erkrankt war und an einer Hirnblutung verstarb.[25]

Angesichts der vielfältigen Mängel und des komplexen Organisationsversagens der Krankenhaushygiene auf der Frühgeborenen-Station kann auch bei Kindern, die im Zeitraum des Ausbruchs mit einem **anderen Klebsiellen-Stamm** als dem Ausbruchsstamm infiziert

[23] Eigene Zusammenstellung
[24] Markus Bergmann, Protokoll der öffentlichen Anhörung 4-651; Peter Schönhöfer, Protokoll der öffentlichen Anhörung 8-991; Walter Popp, Protokoll der öffentlichen Anhörung 32-4794
[25] Patientenakte Band 28 S. 410 ff.

wurden, nicht ohne Weiteres ausgeschlossen werden, dass sie Teil der Infektionswelle sind. Wenn die Infektionen im Krankenhaus erworben wurden (d.h. später als 72 Stunden nach der Geburt auftraten[26]), im Zeitraum des Ausbruchs auftraten und es sich um eine Klebsiellen-Infektion handelt, muss in Betracht gezogen werden, dass die Mängel des Hygienesystems die Infektion ebenso verursacht haben, wie sie die Infektionen mit dem Ausbruchsstamm verursacht haben. Das betrifft vor allem ein im Mai 2009 an einer Klebsiellen-Sepsis verstorbenes Kind und zwei Kinder, die im Januar 2010 mit Klebsiella oxytoca infiziert wurden und von denen eines verstorben ist und das andere andauernde gesundheitliche Schäden erlitt. Bei einem weiteren Kind, das im März 2011 im Zusammenhang mit einer bakteriellen Sepsis verstarb, ist der Erreger nicht bekannt und der Erwerb der Infektion im Krankenhaus fraglich, so dass hier nicht von einem Zusammenhang mit dem Ausbruch und seinen Ursachen auszugehen ist.[27]

Insgesamt befanden sich im Zeitraum Januar 2009 bis November 2011 190 sehr kleine Frühgeborene (Geburtsgewicht unter 1.500 g) auf der Station[28], die alle einem erhöhten Risiko und grundsätzlich einer durch das Krankenhaus verursachten, für sie lebensgefährlichen Situation ausgesetzt waren.

Betroffene Stationen

Vom Ausbruch betroffen waren die Stationen 4027 (Neonatale Intensivstation) und 4028 (Pädiatrische Intensivstation) sowie die Station 3911 (Kinderchirurgie). Die Stationen 4027 und 4028 befanden sich in unterschiedlichen Gebäuden, bildeten aber eine organisatorische Einheit und wurden teilweise vom selben ärztlichen und pflegerischen Personal betreut. Während die Station 4027 räumlich im Gebäude der Frauenklinik liegt, liegen die Station 4028 und 3911 und alle weiteren Stationen der Kinderklinik in einem anderen Gebäude. Zwischen den drei Stationen fand intensiver Patientenaustausch statt. Das Reinigungswesen ist dagegen nach Gebäuden organisiert.

Der Keimausbruch erstreckte sich somit auf mehrere Stationen. Hauptbetroffen war jedoch die Station 4027. Dass sich trotz intensivem Patienten- und Personalaustausch die überwiegende Mehrzahl der Keimnachweise auf diese Station konzentrierte, muss als Beleg dafür gelten, **dass hauptursächlich für die Infektionswelle solche Faktoren waren, in denen sich die Station 4027 von den anderen unterschied,** vor allem die erheblich schlechtere Personalausstattung. Obwohl der Keim auf allen drei Stationen seit 2009 immer wieder auftrat, eskalierte die Situation nur auf der 4027.

Es gibt bis heute keine Nachweise des Ausbruchsstamms außerhalb der Kinderklinik. Es muss jedoch betont werden, dass die Mängel und Strukturen, die zu der Infektionswelle führten, nicht auf die Frühgeborenen-Station und die Kinderklinik begrenzt waren. Eine Überprüfung der Risikosituation auf anderen Stationen, die zu den hygienischen Hochrisiko-Bereichen gehören, ist daher angeraten.

---

[26] Nationales Refenzzentrum, Neo-KISS-Protokoll, Surveillance bei nosokomialer Infektionen bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1.500g, Stand 22. Dezember 2009, S. 17, http://www.nrz-hygiene.de/fileadmin/nrz/download/NEOKISSProtokoll221209.pdf

[27] Klebsiellen unterscheiden sich von anderen bakteriellen Erregern u.a. durch ihre Überlebensdauer auf unbelebten Flächen und durch die Wahrscheinlichkeit, mit der ein Kontakt zur Ansteckung führt, so dass bei nosokomialen Infektionen mit anderen Erregern nicht darauf geschlossen werden kann, dass dieselben Mängel im Hygienesystem dafür ursächlich waren. Bei dem zuletzt genannten Kind ist eine Fruchtblaseninfektion vor der Verlegung dokumentiert, was gegen eine im Krankenhaus erworbene Infektion des Kindes spricht.

[28] Neo-KISS ZKB NEO 1, Jährlicher Verlauf, in Band 12, S. 741 ff.

5. Zusammenfassung der Feststellungen[29]

(1) Auf der Frühgeborenen-Station des Klinikum Bremen-Mitte hat es eine **Vielzahl von Mängeln** gegeben, die sich negativ auf die Patientensicherheit und die Qualität der medizinischen Versorgung ausgewirkt haben. Schwerwiegende Mängel bestanden hinsichtlich der personellen Ausstattung, der Qualifikation des Personals, der Reinigung und Desinfektion, des Hygienemanagements, der ärztlichen und der mikrobiologischen Dokumentation, des Meldewesens, der baulichen und organisatorischen Situation. Viele dieser Mängel bestanden schon jahrelang.
Die meisten dieser Mängel waren auch **bekannt**. Fast alle Mängel waren zu irgendeinem Zeitpunkt berichtet und vorgetragen worden. Dies blieb jedoch ohne Wirkung. Trotz vielfältiger Hinweise wurden diese Mängel von den Leitungsstrukturen der Kinderklinik, des KBM und der GeNo und von der senatorischen Behörde nicht zur Kenntnis genommen. Die GeNo und der Eigentümer, die Stadtgemeinde vertreten durch den Senat, haben diese Mängel faktisch **akzeptiert**.

(2) Für den Keimausbruch, der zum Tod von mindestens vier Frühgeborenen durch Infektion und zu einer nicht abschließend bekannten Zahl von erkrankten und geschädigten Früh- und Neugeborenen geführt hat, ist bislang keine Quelle, kein klarer Eintragsvektor und kein isoliert zwingender Barrieremangel als Ursache ermittelt worden. Die Ursache des Ausbruchs liegt in einem komplexen **Organisationsversagen**, bei dem **nahezu alle Bestandteile des Multibarrierensystems schwere Mängel** aufwiesen, so dass das System insgesamt der Herausforderung durch resistente Keime nicht gewachsen war.

(3) Eine der direkten Ursache des Keimausbruches und der generellen Patientengefährdung war die **personelle Unterausstattung** in der Pflege. Es ist bekannt und durch die KRINKO als Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis gewertet, dass eine zu niedrige Ausstattung mit qualifizierten und erfahrenen Pflegekräften die Wahrscheinlichkeit von Keimübertragungen auf Frühgeborenen-Stationen erhöht. Genau dies war in der Frühgeborenen-Abteilung des KBM der Fall. Die **KRINKO-Empfehlung** hinsichtlich des Pflegeschlüssels wurde zu keinem Zeitpunkt eingehalten, die Klinikleitung sah auch gar keine Veranlassung dazu. Die Personalausstattung lag seit Januar 2010, als die Bettenzahl ohne Personalausgleich erhöht wurde, um 40 % unter der von der KRINKO empfohlenen Personalstärke: Notwendig wären bei 16 Betten mindestens 40 Vollzeit-Pflegekräfte gewesen, real waren es 25. Die als kritisch anzusehende Grenze einer Betreuung von 3 Patienten pro Pflegekraft wurde seit Januar 2010 systematisch überschritten. Schichten mit 1:4 waren an der Tagesordnung, in einzelnen Schichten lag das Verhältnis bei 1:5 oder gar 1:6. Selbst die eigenen (zu geringen) Mindest-Schichtbesetzungen der Beschäftigten wurden regelmäßig unterschritten. Überlastungs-Anzeigen und Protestbriefe blieben folgenlos. Der Anteil von Pflegekräften mit Fachweiterbildung lag mit 20-25 % weit unter der vom Gemeinsamen Bundesausschuss empfohlenen (allerdings erst ab 2015 verpflichtenden) Marge von 40 %.

(4) Die **Zentralisierung der Frühgeborenen-Behandlung** im KBM war eine betriebliche Fehlentscheidung, die ausschließlich der gewinnorientierten Unternehmenspolitik geschuldet war. Die Bettenzahl wurde um 33 Prozent erhöht ohne jede Personalaufstockung, das Betreuungsverhältnis wurde dadurch massiv verschlechtert. Die Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschuss für Mindestmengen in der Frühgeborenen-Behandlung war dabei lediglich ein willkommener Vorwand für die

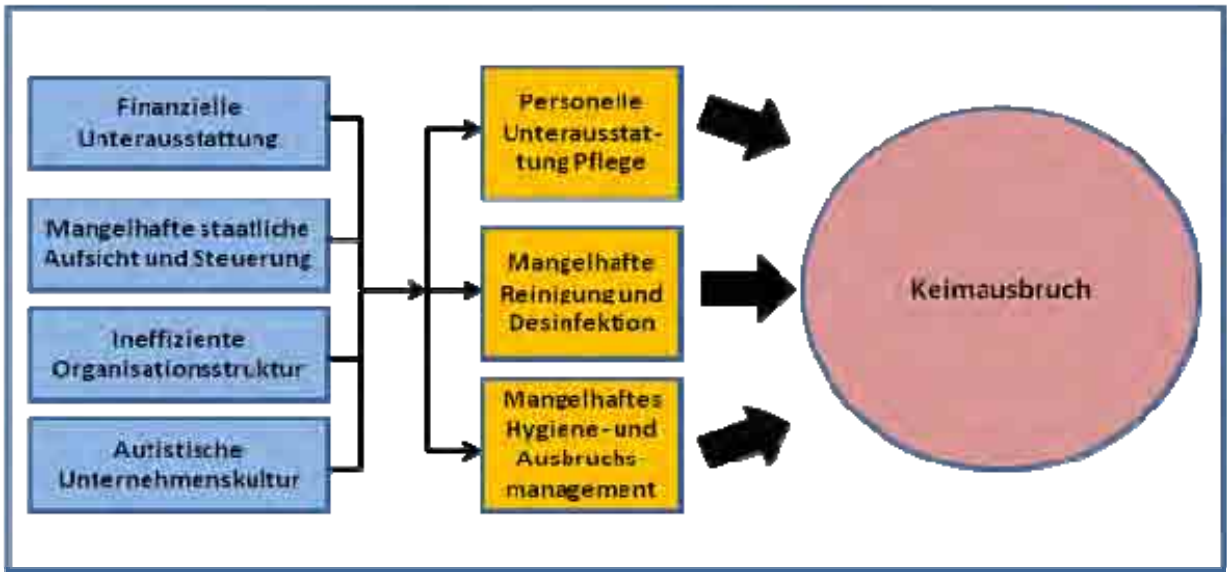
[29] Für Quellennachweise und Belege siehe die entsprechenden Kapitel in Teil III und IV.

Zentralisierung. Die Zentralisierung sollte 1,2 Millionen Euro Erlöse nach Mitte verlagern und unmittelbar 569.000 Euro pro Jahr einsparen (was dem ersatzlosen Abbau der 10 Pflegekräfte entspricht, die in der Neonatologie in LdW eingesetzt waren). Durch den ursprünglich geplanten Ausbau der Bettenzahl bis auf 20 sollte der Gewinn nochmals gesteigert werden. Die Qualitätszahlen spielten bei der Entscheidung für die Zentralisierung in Mitte keine Rolle.

(5) Eine weitere direkte Ursache war die unzureichende Qualität der **Reinigung und Desinfektion**. In der Reinigung wurden schwerwiegende Hygienefehler begangen. Umgebungsuntersuchungen dokumentieren eine allgemein unzureichende Qualität der Desinfektion und der hygienischen Situation. Die wiederkehrende Verkeimung von Reinigungseimern, wodurch die Desinfektion ad absurdum geführt wird, wurde dokumentiert, führte aber zu keinen weiteren Nachforschungen. Die Qualifikation der Reinigungskräfte, die Handlungsanweisungen, die Einbindung des Hygienemanagements und die Zeitvorgaben waren unzureichend. Die zuverlässige Einbindung der Reinigungskräfte in die Station durch feste Personalzuordnung war nicht gegeben. Die Mängel bei der Reinigung haben dazu beigetragen, dass Keime nicht beseitigt und möglicherweise systematisch verschleppt wurden.

(6) Die Verschlechterung des Reinigungssystems war die Folge der **Auslagerung der Reinigung** in eine Servicegesellschaft (GND), die zwar formal eine Tochtergesellschaft der GeNo war, jedoch vollständig von einer **privaten Dienstleistungsfirma (R+S Dienstleistungen)** gemanagt wurde. Organisation und Kontrolle des Reinigungswesens, Personal- und Qualitätsmanagement, Zeit- und Leistungsvorgaben wurden nicht von der Klinik, sondern von der R+S vorgenommen. Damit einher ging eine Heraufsetzung der Leistungsvorgaben und damit eine Senkung der für die Reinigung zur Verfügung stehenden Zeit, so dass sich die Reinigungsleistung ab Herbst 2009 verschlechterte. Durch Entscheidung der Geschäftsführung des KBM wurden ab Ende 2010 die zusätzlich bezogenen Reinigungseinsätze (Regiestunden) gekürzt, so dass der Umfang der Reinigungsleistung in 2011 nochmals niedriger lag.

(7) Eine dritte direkte Ursache war das **mangelhafte Hygienemanagement**. So hat die Leitung der Kinderklinik es versäumt, Keimbefunde korrekt zu dokumentieren und auszuwerten. Sie hat dadurch verursacht, dass der Ausbruch monatelang nicht entdeckt wurde und dass Infektionen später mit wirksamen Medikamenten behandelt wurden, als es bei vollem Wissensstand erfolgt wäre. Dieses Versäumnis lässt sich nicht auf die Überlastung der Station seit der Zentralisierung zurückführen, sondern ist auch für die Jahre davor belegt. Die zentrale Bedeutung der pflegerisch Beschäftigten für eine gute Krankenhaushygiene und damit für die Patientensicherheit wurde verkannt. So kämpfte die Klinikleitung zwar um die ärztliche Personalausstattung, engagierte sich aber nicht gegen den Abbau beim pflegerischen Personal.
Die ärztliche Geschäftsführung des KBM hat ihre Verantwortung für eine korrekte Keimdokumentation nicht wahrgenommen und sich damit zufriedengegeben, dass Auswertungen Monate später von der Bundesebene übermittelt wurden. Auch hier handelte es sich nicht um Überlastung, sondern um eine vollständige Unterschätzung der Anforderungen, die resistente Keime an die heutige Organisation der Krankenhaushygiene stellen.



(8) Die Frühgeborenen-Station hätte **erheblich früher geschlossen** werden müssen. Spätestens am 8. August, nachdem ein Kind an einer Blutvergiftung durch ESBL-Klebsiellen verstorben war, seit 30.04.2011 insgesamt 6 Keimnachweise mit ESBL-Klebsiellen dokumentiert waren und es sich in 2 dieser Fälle definitiv um den gleichen Keimstamm handelte, wäre dieser Schritt notwendig gewesen.

(9) Das **Ausbruchsmanagement** war mangelhaft und nicht zielführend. Die im November eingesetzten Teams Krisenstab und Umsetzungsrunde) entsprachen nicht den Vorgaben der KRINKO für ein Ausbruchsmanagement-Team. Die GeNo richtete den Fokus hauptsächlich auf die Bekämpfung des Imageverlustes, nicht auf die Aufklärung der Ursachen des Keimausbruchs.

(10) Die **Wiedereröffnung der Station** am 9. Januar 2012 erfolgte, ohne wesentliche Mängel abgestellt zu haben. Der Zeitplan der Wiedereröffnung folgte rein betriebswirtschaftlichen Erwägungen und war Teil der Verdrängung von Missständen, die bereits offenkundig waren. Die Klinik hatte zu diesem Zeitpunkt Hinweise auf anhaltende Probleme mit der Reinigung und der Desinfektion. Am 20. Januar 2012, noch vor der Geburt der beiden im Februar 2012 verstorbenen Kinder, erhielten Klinikleitung und GeNo-Leitung Hinweise auf schwere Reinigungsmängel mit der Gefahr der Keimverschleppung. Auch dies hätte zu einem sofortigen **Aufnahmestopp** führen müssen.

(11) Die personelle Unterausstattung, die Qualitätsverschlechterung der Reinigung und teilweise auch die Mängel im Hygienemanagement gehen zurück auf die **finanzielle Unterausstattung der kommunalen Kliniken** im Rahmen des sogenannten **„Sanierungskonzepts“** der GeNo. Das „Sanierungskonzept“ bestand aus einer systematisch fehlgesteuerten Personalentwicklung, nämlich einem extremen Personalabbau, um die geplante 100prozentige Selbstfinanzierung des Klinikneubaus am KBM zu ermöglichen.
Nach dem geltenden System der dualen Krankenhausfinanzierung sind die Krankenkassen für die Finanzierung des laufenden Betriebs zuständig, die Bundesländer für die Investitionskosten. Der Senat hatte jedoch im Einvernehmen mit der GeNo-Leitung beschlossen, dass die Kosten des TEN durch Einsparungen im laufenden Betrieb finanziert werden sollten, um dem Land die Investitionskosten zu sparen.

Die Auslagerung der Reinigung war ebenfalls vom Senat beschlossen worden, um Ausgaben der GeNo zu senken.

(12) Der Personalabbau wurde von GeNo-Leitung und Ressort **als vermeintliche Anpassung an Bundesstandards bemäntelt**. In Wahrheit wurde der Personalabbau so kalkuliert, dass er ab 2012 die jährlichen Finanzierungskosten des TEN erbringen sollte, die mit 22 Mio. Euro jährlich veranschlagt waren, und ab 2015 noch darüber hinaus Gewinne „erwirtschaften“ sollte. Case-Mix (Fallschwere) und Teilambulanz wurden beim Vergleich mit Bundesdurchschnitten außen vor gelassen und damit die Personalentwicklung systematisch fehlgesteuert. Eine Überprüfung oder Aktualisierung der Zahlen wurde niemals vorgenommen. Ihr einziger Zweck bestand in der Legitimierung der Vorgaben des Sanierungsplans.

(13) Der Personalabbau wurde im Sinne einer **‚Schock-Strategie‘** umgesetzt. Weder gab es ein begleitendes Risikomanagement, noch eine langfristige Umsetzung, welche den bekannten problematischen Folgen (Überalterung, Dequalifizierung, Arbeitsverdichtung, Demotivation usw.) gegengesteuert hätte. Die Umsetzung durch einen „Einstellungs-Stopp“ führte dazu, dass insbesondere im pflegerischen Bereich noch mehr Personal abgebaut wurde als geplant. Dieser ‚Über-Abbau‘ wurde bewusst in Kauf genommen und angestrebt, um die Gesamtzielzahlen zu erreichen. GeNo-Leitung, Senat und Aufsichtsrat bemühten sich, die Abbauzahlen noch zu übertreffen. Die Personalstärke in den beiden Kinderintensivstationen lag bereits unter der von der Firma KPMG vorgegebenen (ebenfalls unsachgemäßen) Zielzahl. Nach der Planung der KBM-Geschäftsführung sollte die Zahl der Pflegekräfte aber noch weiter abgesenkt werden.

(14) Die **staatliche Krankenhausaufsicht war wirkungslos** in Bezug auf die vielfältigen Mängel und Risiken für die Patientensicherheit. Die Frequenz der Begehungen durch das **Gesundheitsamt** war viel zu niedrig. Ursache dafür ist die unzureichende Personalausstattung des Amtes.

(15) Auch das **zuständige Senatsressort und seine Abteilung für Gesundheit** nahmen bis zum November 2011 keinen Einfluss, um die Risiken für die Patientensicherheit zu bekämpfen. Einerseits waren auch hier die Kapazitäten zu gering, um mit den Entwicklungen im Bereich von Krankenhausinfektionen Schritt zu halten. Andererseits war es erklärte Politik des Ressorts, die Fachabteilung aus der Steuerung des kommunalen Klinikkonzerns draußen zu halten. Hier liegt eine **Selbstabschaffung der Politik** vor, die vom Senat gewünscht und bewusst strukturell gewählt wurde.

(16) Der Senat hat einerseits zentrale Kürzungsvorgaben für die Entwicklung der kommunalen Kliniken beschlossen, andererseits aber die Fachaufsicht abgeschafft, sich um entstehende Risiken nicht gekümmert und keine Verantwortung für die Ergebnisse seiner Vorgaben übernommen. Darin offenbart sich eine **strukturelle Fehlsteuerung der kommunalen Kliniken**. Die Kombination aus öffentlichem Eigentum und privater Rechtsform wurde vom Senat missbraucht: Den kommunalen Kliniken wurde eine rigide neoliberale Ökonomisierung vorgeschrieben und ihnen ein Antrag auf Landesinvestitionen für den Neubau faktisch verboten. Durch die permanente Insolvenzdrohung hat der Senat in Zusammenarbeit mit der GeNo-Führung ein Klima aufgebaut, in dem Ausgabenkürzung zum zentralen Unternehmenswert wurde. Der Abbau von Personal und das Einhalten und Übertreffen des Wirtschaftsplans wurden zur absoluten Priorität der GeNo, dem alles andere nach- und untergeordnet wurde. Für die Gewährleistung von Patientensicherheit und die nachhaltige Entwicklung medizinischer

Qualität hat sich dieses Organisationsmodell als **hochgradig ineffizient** und kontraproduktiv erwiesen.

(17) Mehrfach wurden Strukturentscheidungen gefällt, bei denen Bequemlichkeit und Ausgabensenkung ausschlaggebend waren, die aber eine mitursächliche Wirkung für die Infektionswelle und die Todesfälle hatten. So wurde im Jahr 2006 nach dem Ausscheiden von Klaus Albrecht als Leiter der Klinik für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin die Leitung nicht neu besetzt, sondern **die Frühgeborenen-Klinik der Prof.-Hess-Kinderklinik zugeschlagen**. Damit wurde die Leitungskapazität halbiert, die fachliche Eigenständigkeit der Frühgeborenen-Abteilung geschwächt und die Neonatologie dem direkten Interesse der weiterbehandelnden Abteilungen an der Generierung möglichst hoher Patientenzahlen ausgesetzt. Dies wirkte als ein weiterer Faktor, der eine frühzeitige Schließung oder zumindest einen frühzeitigen Aufnahmestopp mit verhinderte.

(18) Die Ineffizienz der Organisationsstrukturen war Ausdruck einer von Senat, GeNo-und KBM-Leitung etablierten **Hochrisiko-Kultur**, von der die innerbetrieblichen Abläufe und Strukturen vollständig durchdrungen wurden. Die Hygienestrukturen waren systematisch personell unterbesetzt. Damit ist insbesondere in den Hochrisikobereichen gezielt Gewinn auf Kosten von Patientensicherheit angestrebt worden. In weiten Bereichen herrschte eine **organisierte Verantwortungslosigkeit**. Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten waren unklar und wurden durch neue Unternehmensstrukturen (Zentrenkonzept, Auslagerung, Zentralisierung patientenferner Dienstleistungen usw.) zusätzlich verunklart. Ökonomisch relevante Entscheidungen wurden zentral durchgestellt, medizinische und hygienische Verantwortungen waren viel zu schwach aufgestellt.

(19) Wichtige Entscheidungen wurden an **private Unternehmensberatungen** delegiert oder ungeprüft aus deren Darstellungen abgeleitet. Die Orientierung an PwC oder KPMG ersetzte die Orientierung an medizinischen Standards und markierte die Verbetriebswirtschaftlichung der Gesundheitsfürsorge. Die teuer bezahlten Gutachten (Selbstfinanzierung des Neubaus und Personalabbau-Planung) haben sich in beiden Fällen als **falsch und unverantwortlich** erwiesen.

(20) In der GeNo-Leitung und in der KBM-Leitung herrschte eine **autistische Unternehmenskultur**, in der Probleme nicht wahrgenommen und bearbeitet, sondern systematisch weggedrückt wurden. Diese Kultur ist dafür verantwortlich, dass berichtete Mängel zu keinen Reaktionen führten. Mail- und Schriftwechsel zur Patientengefährdung durch die Personalsituation, dokumentierte Keimbefunde und Reinigungsmängel, Überlastungsanzeigen, Vorträge im Konzernbetriebsrat, in den Leitungsrunden der Kinderklinik und in der Hygienekommission blieben ohne Folgen und wurden nicht ernst genommen.

(21) Senat, GeNo-Leitung und KBM-Leitung haben eine **Wagenburg-Mentalität** aufgebaut, die sich gegen Kritik und Warnhinweise immun machte. Auch Monate nach der Entdeckung des Keimausbruchs wurde penetrant behauptet, dass alles in Ordnung ist und Hinweise auf Mängel in der Fehlinformation, Unkenntnis und in den zweifelhaften Motiven dessen begründet sind, der sie vorbringt. Kritische Feststellungen externer Experten wurden reflexhaft damit beantwortet, die persönliche Glaubwürdigkeit des Kritikers in Frage zu stellen. Stattdessen wurden Privatmythen kommuniziert, die auf die Entschuldung der Verantwortlichen zielten: Überhöhte statistische Mortalitätsraten bei Frühgeborenen, die angebliche Unvermeidbarkeit von Keimausbrüchen, die vermeintlich

belegte ausreichende Personalausstattung usw. Insbesondere in der Phase nach Öffentlichwerden des Ausbruchs wurde die **Öffentlichkeit dadurch gezielt fehlinformiert**. Die GeNo-Leitung hat sich dafür noch von einem externen Kommunikationsberatungs-Unternehmen beraten lassen.

(22) Der Senat hat bis heute **widersprüchliche Signale** gegenüber seinen kommunalen Kliniken ausgesendet. Einerseits betont der Senat gern öffentlich, er stehe zur kommunalen Trägerschaft. Gleichzeitig wird aber die Drohung des Verkaufs und der Privatisierung beständig aufrechterhalten. Bereits bei der Einrichtung des kommunalen Klinikverbunds wurde eine strukturelle Unterkapitalisierung insbesondere des Klinikum Bremen-Mitte vorgegeben, die als Druckmittel wirkte, um Belegschaft und Betriebsrat mit der permanenten Insolvenzdrohung einzuschüchtern und auf die Vorgaben der „Sanierung“ einzuschwören. Dieser „**Double-Bind**“ ist bis heute ungebrochen und setzt sich in der aktuellen Gesetzesvorlage fort, die Kliniken explizit vom beabsichtigten Volksentscheid-Vorbehalt bei Privatisierungen auszunehmen.

(23) Die **Verantwortung** für die personelle Unterbesetzung in der Pflege auf der Station und für das mangelhafte Hygiene-Management (zwei der drei **direkten Ursachen**) liegt bei der Geschäftsführung der GeNo, den Geschäftsführungen des KBM und der Leitung der Kinderklinik. Die Hauptverantwortung für die mangelhafte Reinigung und Desinfektion (die dritte direkte Ursache) liegt bei der Firma R+S, die mit der Leitung der Servicegesellschaft GND beauftragt wurde, sowie bei der Geschäftsführung des KBM, die Leistungskürzungen hinnahm (Reinigungszeiten) bzw. darauf hinwirkte (Senkung der Regieleistungen), bei der Leitung der Kinderklinik, die eine schlechtere Reinigungsausstattung der Neonatologie im Vergleich zur Kinderklinik akzeptierte, sowie bei der Geschäftsführung der GeNo, von der die Wirtschaftspläne gebilligt werden mussten. Der Senat war über seine Position in den Aufsichtsräten in diese Entscheidungen eingebunden.

(24) Die **Verantwortung** für die **indirekten und teilweise auch die direkten Ursachen** des Keimausbruchs (den fehlgeleiteten Personalabbau, die Zentralisierung ohne Personalaufstockung, die Auslagerung der Reinigung, die systematische Unterfinanzierung der kommunalen Kliniken, den Aufbau einer Hochrisiko-Unternehmenskultur bei den kommunalen Kliniken) liegt beim **Senat Böhrnsen II**. Der Senat hat in den Jahren 2007 bis 2009 die entsprechenden Beschlüsse gefasst und diese der GeNo-Leitung zur Vorgabe gemacht. Die kommunalen Kliniken wurden in der Art privater Unternehmen geführt, der Orientierung auf Gewinnmaximierung oberste Priorität beigemessen. Entscheidendes Ziel war es, die kommunalen Kliniken zur Haushaltssanierung zu verwenden, indem ihnen die Selbstfinanzierung der Krankenhaus-Investitionen aus dem laufenden Betrieb auferlegt wurde.

(25) Die **2006-2011 zuständige Senatorin für Gesundheit** und der 2007-2011 tätige Staatsrat für Gesundheit haben bei der Führung der kommunalen Kliniken versagt. Die 2008 mit der ausdrücklichen Empfehlung der damaligen Gesundheitssenatorin beschlossene Senatsvorlage zur Sanierung der Klinken war politisch unverantwortlich. Die vorgelegte Behauptung eines Personalüberhangs von 17 Prozent hätte einfachen Plausibilitätsrechnungen nicht standgehalten, wenn sie denn durchgeführt worden wären. Es ist unverständlich, wie ein derart weitreichender Beschluss, der den größten öffentlichen Arbeitgeber des Bundeslandes und die Gesundheitssicherheit fast aller seiner BürgerInnen betraf, auf einer derart fehlerhaften und tendenziösen Grundlage gefasst werden konnte. Dieser Vorwurf richtet sich allerdings nicht nur an die damalige

Gesundheitssenatorin, sondern ebenso an die Finanzsenatorin und an die Staatsräterunde, in der diese Vorlage vorbesprochen wurde. Ähnliches gilt für die Vorlage zur Auslagerung des Reinigungsdienstes.
Das Senatsressort hat sich für die inneren Verhältnisse seiner kommunalen Klinken nicht interessiert. Es hat sich von den Geschäftsberichten der GeNo-Leitung blenden und von deren Selbstrechtfertigungen verführen lassen.

(26) Durch den Wechsel der Gesundheitssenatorin und die öffentliche Aufarbeitung des Keimskandals setzte eine gewisse Emanzipation von der Selbstherrlichkeit der GeNo-Leitung und von den Dogmen der 17. Legislaturperiode ein, die inzwischen zu einem weitestgehenden **Auswechseln der Leitungsebene der GeNo und des KBM** geführt und eine erneute Wiedereröffnung der Station verhindert hat.
Für das mangelhafte Ausbruchsmanagement und die verfrühte Wiedereröffnung der Station trägt die **seit Juni 2011 amtierende Gesundheitssenatorin** insofern eine Aufsichtsverantwortung, als beide hauptsächlich von der GeNo-Geschäftsführung zu verantworten, aber vom Gesundheitsamt mitzuverantworten sind. Das Gesundheitsamt wie auch die senatorische Behörde war an beiden Punkten völlig überfordert, was auf die personell und fachlich schwache Aufstellung sowie den faktischen Autoritätsmangel von Amt und Behörde zurückgeht, die in den Jahren zuvor etabliert worden waren.

(27) Die Bundesregierungen haben seit mehreren Legislaturperioden dazu beigetragen, den **Kostendruck auf die Krankenhäuser** zu erhöhen, indem Budgets von vorneherein begrenzt wurden und keine Maßnahmen getroffen wurden, um die Refinanzierung z.B. von Tarifsteigerungen sicherzustellen. Auch wurden im Rahmen des DRG-Systems keine Vorkehrungen getroffen, verpflichtende Qualitätsstandards und Personalschlüssel einzuführen, damit nicht in sensiblen Bereichen an der Patientensicherheit gespart werden kann. Ebenso haben aber auch die Länder ihre Leistungen für die **Krankenhaus-Investitionen**, die gesetzlich in die Verantwortung der Länder fallen, seit 1991 real halbiert. Die Finanznot der Länder und Kommunen wird von diesen an die Krankenhäuser weitergegeben, indem diese Investitionen zusätzlich aus dem laufenden Betrieb finanzieren sollen
Die **Entscheidung des Senats**, den Neubau Mitte zu 100 Prozent von der GeNo und vor allem vom KBM durch Personalabbau zu finanzieren, stellt eine unverantwortliche Fehlentscheidung dar, die über alles hinausgeht, was andere Länder in den letzten Jahren ihren Kliniken an Eigenfinanzierung zugemutet haben.

(28) Das **Vertrauen** in die kommunalen Kliniken, insbesondere in das Klinikum Bremen-Mitte, ist erschüttert worden, weil der Öffentlichkeit nicht die **Wahrheit** gesagt wurde und weil deutlich wurde, dass nicht in ihrem Interesse gehandelt wurde. Vertrauen wird in dem Maße wieder hergestellt werden, wie der Senat, die neue GeNo-Leitung und die KBM-Leitung unter Beweis stellen, dass sie die Lehren aus den Keimvorfällen zu ziehen bereit sind und dass sie einen klaren Bruch zur Politik der Beschwichtigung, der Beschönigung und der Ausbeutung der kommunalen Kliniken vollziehen. Patienten und Beschäftigte waren die Leidtragenden des vom Senat diktierten „Sanierungskurses“. Die Bevölkerung konnte sich unter dem eingeschlagenen Kurs nicht mehr als Eigentümer der kommunalen Kliniken fühlen, sondern als ein Anhängsel, dessen CaseMix-Punkte erwünscht, dessen Ansprüche aber störend sind. Ähnliches gilt für die Belegschaften. Die Herausforderung durch multiresistente Keime erfordert eine neue, moderne Medizinkultur, die aufgeklärt, teamorientiert, partizipativ, transparent und demokratisch ist. Kommunale Kliniken sind eine Chance dafür.

II. Kritische Bewertung der Sachaufklärung durch den Untersuchungsausschuss

1. Politische Einflussnahme auf die Ausschussarbeit

Der Ausschuss musste seine Arbeit unter einem massiven Zeitdruck leisten. Die Regierungsfraktionen verfolgten ursprünglich das Ziel, der Ausschuss müsse innerhalb eines Vierteljahres die öffentlichen Anhörungen abschließen. Dem lag die – irrige – Auffassung des Senats und der GeNo-Leitung zugrunde, je schneller der Ausschuss seine Arbeit beende, umso schneller könne die Vertrauenskrise – und damit auch die Ertragskrise – des KBM überwunden werden. Die Regierungsfraktionen versuchten daraufhin mit ihrer Ausschussmehrheit einen derart engen Zeitplan durchzusetzen, dass kaum noch eine ernsthafte Vorbereitung auf die Anhörungen möglich gewesen wäre und der damit die Aufklärungsarbeit des Ausschusses klar behindert hätte. Nach massiven Protesten beider Oppositionsfraktionen konnte hier ein Kompromiss erreicht werden. Im Zuge der erneuten Keimausbrüche und der Fülle der ans Licht kommenden Mängel hatte sich der Plan, dem Klinikverbund durch einen möglichst schnell abgeschlossenen PUA unangenehme Presse zu ersparen, ohnehin bald erledigt.

Zu einem späteren Zeitpunkt wurde versucht, Druck auf eine schnelle Beendigung der Ausschussarbeit zu erzeugen, indem verstärkt auf die Kosten des PUA hingewiesen wurde. Angesichts der um ein Vielfaches höheren Kosten der GeNo-Finanzkrise, die entstanden sind weil jahrelang *nichts* öffentlich untersucht wurde, konnte dieser Aspekt allerdings nicht greifen.

2. Blockade von Beweisbeschlüssen durch die Ausschussmehrheit

Bei der Einsetzung des Ausschusses durch die Bürgerschaft hatten die drei anderen Fraktionen es mit ihrer Mehrheit verhindert, dass die Frage nach der Rolle, die der Personalabbau für den Keimausbruch gespielt hat, in den Untersuchungsauftrag mit aufgenommen wurde. In der Praxis stellte sich schnell heraus, dass dies eine der Hauptfragen war, die vom Ausschuss auch entsprechend untersucht wurde.

In der Ausschusssitzung am 12. April wurden mit den Stimmen von SPD, Grünen und CDU bereits seit längerem angenommene Beweisanträge der LINKEN wieder gestrichen und auf Antrag der LINKEN bereits geladene Zeugen wieder ausgeladen. Die ursprüngliche Ankündigung, Beweisbeschlüsse würden nicht durch Mehrheitsentscheidungen verhindert, wurde damit gebrochen. Im Ergebnis wurden so u.a. zwei an der Personalplanung beteiligte externe Firmen nicht vorgeladen, als Sachverständige wurden vom Ausschuss nur (männliche) Ärzte gehört und niemand aus der Perspektive der Pflegevertretungen und der Pflegewissenschaft.

3. Aussageverweigerung

Der Ausschuss war konfrontiert damit, dass 19 geladene Zeugen vollständig und dauerhaft die Aussage verweigerten. Bis Anfang März hatten in fünf Anhörungen mit aktiven Beschäftigten des KBM lediglich die Pathologen, die Leiterin des Bremer Zentrums für Laboratoriumsmedizin und der Direktor der Zentralapotheke *nicht* die Aussage verweigert. Die komplette Geschäftsführung des KBM hatte ebenfalls die Aussage verweigert und wollte nicht einmal zu organisatorischen Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten Auskunft geben. Während die Geschäftsführung so einerseits darauf verwies, dass sie sich möglicherweise

strafrechtlich belasten könnte, war andererseits sie es, von der die Akten zusammengestellt wurden, die der PUA anforderte.

Dieser Umstand und die Haltung der völligen Kooperationsverweigerung bei den Anhörungen veranlassten den PUA, selbst eine Durchsuchung des Hygieneinstituts und der Stationen vorzunehmen und Akten und elektronisch gesicherte Daten zu beschlagnahmen. Gleichzeitig war unübersehbar, dass die ‚Mauer des Schweigens‘ das Ansehen und die Glaubwürdigkeit der Klinik beschädigten. Das Vorgehen des PUA und der öffentliche Druck führten dann dazu, dass diese Mauer gebrochen wurde und auch die Geschäftsführung des KBM schließlich umfassend Auskunft gab. Dennoch sagten vom ärztlichen und pflegerischen Personal der Kinderklinik lediglich ein Oberarzt sowie der nach der Wiedereröffnung eingesetzte neue Leiter der Neonatologie aus.

Die Tatsache, dass die GeNo allen Beschäftigten einen Zeugenanwalt stellte, der sie bei den Anhörungen begleitete, hätte eigentlich die Voraussetzung dafür sein können, dass alle Beschäftigten aussagen, da sie ja Sicherheit durch einen rechtlichen Beistand hatten. Das Gegenteil war jedoch der Fall. Das Ergebnis der anwaltlichen Beratung lief offensichtlich darauf hinaus, dass so viele der Beteiligten wie nur möglich überhaupt nichts sagen sollten. Der Ausschuss war daher zur Beurteilung der Abläufe auf der Station und vieler anderer Fragen auf die Beiziehung schriftlicher Unterlagen und Dokumente angewiesen.

4. Fehlender lokaler wissenschaftlicher Sachverstand

Es war nicht möglich, zu wichtigen inhaltlichen Themen wissenschaftliche ExpertInnen von den Bremer Hochschulen zu gewinnen. Sowohl zur Krankenhausökonomie als auch zur Situation der Krankenhauspflege erklärten sich alle angefragten HochschulvertrerInnen für nicht kompetent. Dies ist schwer verständlich angesichts der Tatsache, dass die Universität Bremen ein eigenes Institut für Public Health und Pflegeforschung hat und sich verschiedene Hochschulvertreter in den lokalen Medien als Experten zum Keimvorfall interviewen ließen. Offensichtlich existiert im Bundesland keine akademische Kompetenz zu wesentlichen Fragen der Krankenhausentwicklung. Möglicherweise hat dies in der Vergangenheit zu der unseligen Tradition beigetragen, dass sich politische Entscheidungsgremien in Bremen in Fragen der öffentlichen Gesundheitsvorsorge vorzugsweise auf den Rat externer bzw. privatwirtschaftlicher ‚Kompetenzanbieter‘ verlassen.

5. Unvereinbarkeit mit der Arbeitsweise als Halbtagsparlament

Bei der Neuregelung des Bremer Abgeordnetengesetzes in der 17. Legislaturperiode, bei der konsequent auf die Ausgestaltung des ‚Halbtagsparlaments‘ gesetzt wurde, waren Untersuchungsausschüsse nicht explizit berücksichtigt worden. Auch wenn Mitglieder des Untersuchungsausschusses alle anderen parlamentarischen Verpflichtungen außer Bürgerschaftswochen und Fraktionssitzungen ruhen lassen, sind mehr als zwei halbe Tage öffentliche Anhörung pro Woche nicht mit der Arbeitsweise des Halbtagsparlaments vereinbar. Von den Ausschussmitgliedern muss schließlich erwartet werden, dass sie nicht nur auf den Anhörungen anwesend sind, sondern auch die Gesamtheit der Akten lesen und sich auf die Anhörungen und internen Sitzungen vorbereiten. Die vollständige Umverlagerung anderer parlamentarischer Aufgaben und Verantwortungen innerhalb der Fraktion stößt ferner bei kleinen Fraktionen schnell an Grenzen.

Diese Tatsache wurde von den Regierungsfraktionen ignoriert und das Problem der Unvereinbarkeit letztlich auf dem Rücken der Ausschussmitglieder ausgetragen. Ein im Ausschuss erstellter Vermerk stellte fest, dass der PUA nicht an die Begrenzungen des Halbtagsparlaments gebunden sei, da er gewissermaßen einen parlamentarischen

Ausnahmezustand darstelle. Wie dieser parlamentarische Ausnahmezustand aber von den Abgeordneten mit ihrer vorgesehen Halbtags-Berufstätigkeit vereinbart werden könne, sei deren Sache. Die von SPD und Grünen ursprüngliche gewünschte Planung von 2 ganzen Anhörungstagen pro Woche hätte entweder die Zwangsbeurlaubung der Ausschussmitglieder bedeutet oder beinhaltet, dass diese ihren Ausschussaufgaben nicht mehr vollständig hätten nachkommen können.

Der erst nach harten Auseinandersetzungen erreichte Kompromiss von maximal 1 ½ ganzen Tagen öffentlicher Anhörung pro Woche stellt die Grenze dessen dar, was noch zumutbar ist. Der Ausschuss tagte in der Zeit zwischen der 6. und der 29. Kalenderwoche, d.h. von Februar bis zu den Sommerferien, jede Woche mit Ausnahme der Bürgerschaftswochen und der Osterferien, meistens einen ganzen und einen halben Tag, zweimal auch einen ganzen und zwei halbe Tage. In diesen beiden Wochen war die Grenze der Arbeitsfähigkeit erreicht.

6. Empfehlungen für Regelungen zur Ausschussarbeit

- Die qualifizierten Minderheitsrechte im Ausschuss sollten sich nicht nur auf das Recht auf Beweisbeschlüsse beziehen, sondern sich auch auf grundsätzliche Fragen insbesondere der Sitzungsplanung erstrecken.
- Auch kleine Fraktionen, die im Ausschuss nicht die qualifizierte Minderheit von 25 Prozent erreichen, brauchen ein Minimum an Minderheitsrechten hinsichtlich Beweisbeschlüssen und Zeugenladung.
- Die Möglichkeiten von Untersuchungsausschüssen, selbst Beweismaterial zu beschlagnahmen und Durchsuchungen vorzunehmen, sollten im Bremischen UA-Gesetz besser geregelt sein.
- Für Untersuchungsausschüsse, die sich ja in der Regel kritisch mit dem Regierungshandeln auseinandersetzen müssen, sollte die Ausschussleitung durch die Opposition vorgesehen sein (wie das beim Haushaltsausschuss auch der Fall ist).
- Im Bremischen UA-Gesetz sollte geregelt werden, dass die Sitzungszeiten 1 ½ Tage pro Woche nur dann im Einzelfall überschreiten können, wenn darüber Konsens unter den Ausschussmitgliedern erzielt wird.

III. Direkte Ursachen des Keimausbruchs

1. Personelle Unterbesetzung in der Pflege

1.1. Bedeutung der Personalausstattung für hygienische Risiken

„Die ‚Pflege‘ die momentan durchgeführt wird in diesem Haus, ist meiner Meinung nach verantwortungslos. Ich gehe hier mit keinem ruhigen Gewissen nach Hause.“[30]

„Die Evidenz ist sehr gut dafür, dass ein Mangel an Personal zu mehr Infektionen führt.“[31]

Den häufigsten Berührungskontakt mit den Patienten haben die Pflegekräfte. Das gilt allgemein im Krankenhaus, besonders aber auf der Frühgeborenen-Abteilung. Um mögliche Übertragungen von Keimen auf die und zwischen den Patienten zu verhindern, kommt der personellen Ausstattung mit Pflegekräften ausschlaggebende Bedeutung zu. **Je mehr Patienten die Pflegekräfte gleichzeitig betreuen** müssen und je höher die allgemeine Arbeitsbelastung ist, desto mehr **steigt das Risiko der Keimübertragung**. Das gilt einerseits, weil auch Handdesinfektion nie hundertprozentig wirksam ist, und andererseits, weil es gerade auf der Frühgeborenen-Abteilung bei ungünstigen Betreuungsverhältnissen mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Fehlern bei der Handdesinfektion kommt.

„Abg. Frau Bernhard: In der Realität haben wir aber doch große Schwierigkeiten. (…) auf der einen Seite können wir jetzt davon ausgehen, dass eigentlich die Sensibilität für die Wichtigkeit von Hygiene gestiegen ist, andererseits sind wir aber konfrontiert mit einem Personalabbau. Da müssen ja logischerweise Reibungsflächen entstehen.

Zeuge Dr. Zastrow: Ja, diese Reibungsflächen gibt es auch. Wir haben auch oft gesagt, dass wir nicht zwingend mehr Personal brauchen, um gute Hygiene zu machen, wenn es um die Normalpflegestationen geht. Das ist ja die große Masse eines Krankenhauses. Oft wird gesagt, ja, das schaffen wir in der Zeit nicht, wo man sagen muss, die 30 Sekunden für Händedesinfektion, die Zeit haben Sie immer. Wenn Sie nämlich an Ihrem chirurgischen Patienten stehen, bei dem jetzt gerade einmal der Blinddarm operiert wurde oder so etwas, und wenn er seine Schnabeltasse eine Viertelstunde später bekommt, verdurstet er garantiert auch nicht. In der Neonatologie ist es aber ganz anders. Die Neonatologie ist eine absolute Ausnahmesituation, wo das Personal tatsächlich die Schlüsselposition ist.

Sie werden auch sehen, wenn Sie die RKI-Richtlinie anschauen, das ist die einzige Anlage, nämlich die Neonatologie, bei der die Personalsituation ein eigenes Kapitel bekommen hat, ganz besonders hervorgehoben (…) hier kennen wir das, weil es eben oft schiefläuft. Dann schaut man nach, und dann sagt man: Sehen Sie, Sie haben eben diesen schlechten Personalschlüssel, und dann geht das Ding hoch.[32]

„Mein Problem ist, in dem Moment, in dem wir eine Schulung machen, in dem Moment, wenn wir als Gesundheitsamt vor Ort sind, läuft es wunderbar, und es ist alles gut. In dem Moment aber, wenn die Nachtschicht beginnt, wenn die Spätschicht beginnt und

---

[30] Überlastungsanzeige zum 12.-13.07.2011, Station 4112 (Allgemeine Chirurgie), Band 163 S. 285 f. Es handelt sich um die Nachschicht, besetzt mit 1 Pflegekraft bei 26 belegten Betten von 35.
[31] Patrick Weißgerber (BZH), Protokoll der öffentlichen Anhörung 3-549
[32] Klaus-Dieter Zastrow, Protokoll der öffentlichen Anhörung 2-274 f.

dann plötzlich noch unten in der Geburtshilfe eine Frau entbindet, wofür dann noch eine Kinderkrankenschwester abgezogen wird, haben Sie plötzlich oben auf der Station ein Verhältnis von eins zu vier, eins zu fünf, eins zu sechs - für kurze Zeit, nicht für die ganze Schicht! -, dann ist es eben ein Problem, wirklich Händehygiene einzuhalten. Wenn bei einem solchen Kind dann plötzlich ein Notfall besteht, dass man schnell dorthin muss, und man war gerade an einem anderen Frühchen daran, dann ist es leider in der Praxis so, dass manchmal die Händehygiene nicht eingehalten werden kann.

Man muss sich nur klarmachen: 30 Kontakte einer Pflegekraft in einer Acht-Stunden-Schicht zu einem Kind sind nicht viel, das ist normal, und die Pflegekraft soll sich vorher und hinterher die Hände desinfizieren, das bedeutet vorher und hinterher 30 Sekunden. Bei 60-mal ist das eine halbe Stunde. Wenn eine solche Pflegekraft drei, vier oder fünf Kinder hat, sind das Stunden, die man jeden Tag nur die Hände desinfiziert, Stunden! Das ist in der Praxis ganz schwierig umzusetzen. In der Praxis gibt es da häufig Einschränkungen.“[33]

„Letztendlich ist es die Erfahrung, und ich meine, diese 30 Sekunden werden natürlich auch nicht durchgängig eingehalten, beileibe nicht, das zeigen auch Untersuchungen. Wobei man auch ganz klar sagen muss, diese 30 Sekunden sind der Idealfall. So ist es eben auch berechnet, aber es gibt dazu auch hochrangig publizierte Daten, dass sie bereits nach 15 Sekunden eine Abreicherung um den Faktor 1 000 haben, nach 30 Sekunden haben sie eine Abreicherung der Bakterien auf der Haut vielleicht um den Faktor 2 000 bis 5 000, also ein bisschen mehr noch, aber jede begonnene Händedesinfektion ist wichtig und wertvoll. Ich glaube, es muss eher der Fokus sein zu sagen, fangt mit einer Händedesinfektion an, auch wenn ihr auf dem Weg zum Patienten seid, man kann immer noch kurz guten Tag sagen oder nebenbei in die Akte sehen. Ich glaube, viel mehr ist das Problem, überhaupt zu beginnen, als es die ausreichende Einwirkzeit ist. Dies ist sicher auch ein Punkt, aber noch wichtiger ist das andere.“[34]

Der Zusammenhang zwischen personeller Unterausstattung und zunehmender Unmöglichkeit, die Anforderungen der Handdesinfektion einzuhalten, ist in den Protokollen der Hygienekommission des KBM dokumentiert als Zusammenhang zwischen personeller Überlastung und sinkendem Verbrauch von Händedesinfektionsmittel:

„Frau Fehr, Betriebsrätin, berichtet über die angestrengte Personalsituation und Arbeitsüberlastung der Mitarbeiter, die durch veränderte Bedingungen wie die Zusammenlegung von Stationen, personell wie räumlich entstanden sind. Infolgedessen werden teilweise Hygieneanforderungen nicht umgesetzt und unterbleiben. Diese Situation stellt sich in dem geminderten Verbrauch von Händedesinfektionsmitteln und einer sinkenden Teilnahme im Schulungswesen dar. Herr Prof. Dr. Huppertz erklärt dies mit vorübergehenden Schwierigkeiten in Anpassungsprozessen und merkt an, dass es umso wichtiger ist, dass alle sich hygienisch korrekt verhalten und mit gutem Beispiel vorangehen.“[35]

In einer anderen Überlastungsanzeige aus dem Mai 2011 wird dieser Zusammenhang deutlich benannt:

---

[33] Werner Wunderle, Protokoll der öffentlichen Anhörung, 12-1554
[34] Patrick Weißgerber, Protokoll der öffentlichen Anhörung, 3-561
[35] Protokoll der Hygienekommission des KBM vom 3.09.2009, Band 24, S. 402

„Rückverlegung eines MRSA-freien Patienten in das MRSA-Zimmer. Sämtliche Hygiene-Maßnahmen wurden durch die Notfallsituation [übergangen].“[36]

Entsprechende Beobachtungen dokumentiert auch der Gutachter der Staatsanwaltschaft, Walter Popp, von einer Begehung der Neonatologie in Mitte:

„Uns ist aufgefallen, dass sich die Mitarbeiterinnen doch sehr unterschiedlich gut die Hände desinfizieren. (…) Insbesondere hat [eine Mitarbeiterin] z.B. im Inkubator gearbeitet und ist dann, als der Alarm anging, mit den Händen heraus und hat den Alarmknopf ausgedrückt und danach ist sie wieder mit den Händen in den Inkubator gegangen – alles ohne Händedesinfektion zwischendurch. Das ist natürlich der klassische Fall, in dem über Geräte Keime übertragen werden können, zumal wenn man bedenkt, wie häufig der Alarm angeht.“[37]

Dies deckt sich mit dem Bericht der Eltern eines der betroffenen Kinder gegenüber der Staatsanwaltschaft:

„Was mir aber sauer aufstieß, war auf der Station 4028 in der Kinderklinik Intensivstation, ich stand da am Brutkasten meiner Tochter und konnte sehen, wie das Personal auf dem Flur frühstückte und wie anschließend ein Alarm losging und das Personal sofort zu einem offenen Bettchen gegenüber hinliefen und ohne sich vorher die Hände zu desinfizieren, dort Maßnahmen vornahmen (…) Es scheint auch dringend gewesen zu sein, denn es blinkte dort ein rotes Licht.“[38]

Der Gutachter der Staatsanwaltschaft hat bei seiner Anhörung anschaulich beschrieben, dass Kreuzkontaminationen bei einem schlechten Betreuungsverhältnis auf Frühgeborenen-Stationen praktisch so gut wie unvermeidlich werden:

„Bei der Versorgung dieser Kinder ist ein Punkt zum Beispiel, dass der Alarm permanent losgeht. (…) Sobald sie angefasst werden, geht der Alarm los, und das bedeutet, sie müssen hinausgehen und den Alarm wegdrücken. Sie müssten die Hände vor dem Wegdrücken des Alarms desinfizieren und, wenn sie wieder hineingehen, desinfizieren. Das können sie vielleicht machen, wenn sie für einen Inkubator zuständig sind, aber niemals, wenn sie gleichzeitig drei, vier oder fünf Inkubatoren versorgen, bei denen, auch ohne dass sie hineingehen, der Alarm losgeht und sie sich um das Frühchen kümmern müssen. Es ist unmöglich, dass sie dann eine korrekte Händedesinfektion durchführen, das heißt, sie haben immer das Risiko der Keimverschleppung von einem auf das nächste Frühchen. Das ist vom Zeitlichen her einfach nicht anders möglich.

Das sind Kinder, bei denen ständig entweder Fehlalarme sind - einfach durch Bewegungen ausgelöst - und sie sich dann kümmern müssen oder bei denen tatsächlich kurze Zwischenfälle sind, um die sie sich kümmern müssen. Wenn sie mehr Kinder versorgen müssen, dann ist es einfach irgendwann nicht mehr möglich, dass sie die Händedesinfektion zwischendurch machen, und dann verschleppen sie es natürlich von einem zum nächsten. Sie haben dann auch keine Zeit, sich die Handschuhe anzuziehen, seien es sterile oder nicht sterile, es muss dann einfach schnell passieren. Das ist einfach das Problem, wenn sie eine derartig große Zahl von solchen extremen Frühchen haben, die zum Teil nur 500 Gramm wiegen. (…)

---

[36] Überlastungsanzeige vom 18.05.2011, Spätdienst, Station 4128, Chirurgische Intensivüberwachung. Band 165, S. 103

[37] Mail Popp an Körner vom 23.03.2012, Band 186, S. 1

[38] Vernehmung, Band 168, Fallakte 6, S. 20

> Im Prinzip müssten Sie sich eigentlich die Hände desinfizieren, bevor Sie den Alarm ausdrücken, denn Sie wollen den Knopf ja nicht kontaminieren, und Sie müssten sich auf jeden Fall, bevor Sie wieder hineingehen, die Hände desinfizieren, das ist das Allermindeste. Man kann von mir aus noch sagen, der Knopf ist kontaminiert, wir desinfizieren uns immer hinterher die Hände. Das mag ja noch angehen, aber Sie müssen es zwischendurch mindestens einmal machen. (…) Der Alkohol muss dann auch trocken sein, denn Sie können nicht mit dem feuchten Alkohol an das Frühchen herangehen, weil selbst die Haut bei denen doch sehr empfindlich ist. (…) Sie müssen die Händedesinfektion dann doch relativ lange durchführen, das geht nicht immer so ganz flott, und dürfen erst wieder mit den trockenen Händen hinein. Das sind Zeiten, die dort zugebracht werden, die in der Summe enorm sind. (…)
>
> Es kann auch sein, dass drei, vier Alarme gleichzeitig losgehen. Dann können Sie schauen, wie Sie sich entscheiden. (…) Das von einer Pflegekraft bei vier, fünf Frühchen machen zu lassen - oder in einzelnen Schichten waren es ja sogar sechs Frühchen, das war aber selten -, ist schier unmöglich.“[39]

Der Zusammenhang zwischen schlechter Personalausstattung und steigendem Risiko von Krankenhaus-Infektionen wurde bei den Anhörungen von allen Experten geteilt. Ausführliche Verweise auf entsprechende Literatur, die diesen Zusammenhang herstellt, werden an verschiedenen Stellen in den Akten gegeben.[40] Der Zusammenhang Personalausstattung-Infektionsrisiko wird auch in der KRINKO-Richtlinie als wissenschaftlich gesichert gekennzeichnet.

Der einzige Zeuge, der den Zusammenhang rundheraus bestritt, war der ehemalige Staatsrat Schulte-Sasse:

> „ Diese Verbindung wurde immer wieder behauptet. Es ist auch immer wieder diskutiert worden, dass es da eine Verbindung gäbe. Die Botschaft lautete also sozusagen, weniger Personal, höhere Infektanfälligkeit, deshalb mehr Probleme. Das ist aber eine wohlfeile Argumentation. Dafür gibt es keinen einzigen Beleg.“[41]

der auch behauptete, die KRINKO überhaupt nicht zu kennen:

> „Abg. Frau Bernhard: Die Richtlinien der KRINKO spielen doch immer eine relativ hohe Rolle auf dem Empfehlungslevel.
>
> Zeuge Dr. Schulte-Sasse: Welche Richtlinie? KRINKO, ich weiß nicht, was das ist!“[42]

1.2. Nichteinhaltung der KRINKO-Richtlinie

Die Standards medizinischer Behandlung sind einem Wandel unterworfen durch neue Erkenntnisse. Die Institution, die für die Krankenhäuser auf dem Gebiet der Krankenhaus-Infektionen diese Standards fortschreitend definiert, ist die KRINKO, die

---

[39] Walter Popp, Protokoll der öffentlichen Anhörung 32-4725

[40] Popp Bd. 207, S. 18; siehe auch Literaturhinweise in der KRINKO-Empfehlung selbst unter Nr. 3.1.11, Band 5, S. 112; siehe auch Mareike Lißner: Epidemiologie nosokomialer Infektionen und Abhängigkeit krankenhausassoziierter Komplikationen von der Personalbesetzung in der Neonatologie, Dissertation, Leipzig 2011, http://www.qucosa.de/fileadmin/data/qucosa/documents/6907/Promotion_ML.pdf

[41] Hermann Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung 19-2717

[42] Ebenda, 19-2718

Krankenhaushygiene-und-Infektionspräventions-Kommission des Robert-Koch-Instituts (RKI), das die Nachfolgeinstitution des Bundesgesundheitsamts ist. Die KRINKO gibt Richtlinien und Empfehlungen heraus, die den aktuellen Stand dieser Standards festsetzen.

Die Aufgaben des RKI sind im **Infektionsschutzgesetz** niedergelegt. Das Infektionsschutzgesetz verweist seit seiner Novellierung im Jahr 2011 auch ausdrücklich auf die Empfehlungen der KRINKO:

> „Die Leiter folgender Einrichtungen haben sicherzustellen, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden:
>
> 1. Krankenhäuser (…)
>
> Die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft auf diesem Gebiet wird vermutet, wenn jeweils die veröffentlichten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut und der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie beim Robert Koch-Institut beachtet worden sind.“[43]

Die Neufassung des Infektionsschutzgesetzes ist seit dem 24.08.2011 in Kraft. Der Kabinettsentwurf wurde am 16.03.2011 beschlossen. Der erste Ressortentwurf dürfte dem Senat und dem Gesundheitsamt bereits erheblich früher bekannt gewesen sein.

> „Zeuge Schulte-Sasse: Zustimmungspflichtige Gesetze (…) haben immer eine relativ lange Vorgeschichte. (…) Deshalb können Sie davon ausgehen, dass dieser Referentenentwurf oder auch dieser Kabinettsentwurf vom März 2011 (…) in den Monaten – nach meiner Erinnerung sogar mindestens über ein Jahr hinweg – intensiv zwischen den Ländern und dem Ministerium diskutiert und beraten worden ist.“[44]

Bereits vor der gesetzlichen Festschreibung war es Praxis der Gerichte, die Empfehlungen und Richtlinien der KRINKO als Ausdruck des Standes der medizinischen Wissenschaft zu werten. Ob Krankenhäuser ihrer Sorgfaltspflicht gegenüber den Patienten nachgekommen waren, wurde üblicherweise daran gemessen, ob sie diese Empfehlungen der KRINKO eingehalten hatten.

2007 veröffentlichte die KRINKO eine spezielle Empfehlung für Frühgeborenen-Stationen, die Frühgeborene unter 1.500 g behandeln.[45] Darin heißt es unter Abschnitt 3.1.11 „Konsequenzen personeller Unterbesetzung“:

> „Die Überbelegung einer Station, die definitionsgemäß mit einem Mangel an angemessen ausgebildeten Schwestern, Pflegern und Ärzten einhergeht, korreliert mit einem erhöhten Risiko nosokomialer Infektionen. Zahlreiche Studien aus der Neonatologie und aus anderen Fachdisziplinen bestätigen dies übereinstimmend. Sie beweisen, dass bei gleich bleibendem Personalbestand eine Überbelegung das Risiko nosokomialer Infektionen erhöht bzw., dass eine bessere Ausstattung mit Fachschwestern-/Pflegern das Risiko von nosokomialen Infektionen senkt. (…)

---

[43] Infektionsschutzgesetz, Fassung vom 28.07.2011, http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/ifsg/gesamt.pdf

[44] Hermann Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung 33-4884

[45] Empfehlung zur Prävention nosokomialer Infektionen bei neonatologischen Intensivpatienten mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g, veröffentlicht im Bundesgesetzblatt am 5.10.2007, Band 5, S. 102 ff. Online unter http://edoc.rki.de/documents/rki_ab/reNAjm2Z2qm82/PDF/27Ztlas0sJU.pdf

> Es ist wissenschaftlich gesichert, dass eine nicht angemessene Ausstattung der NIPS [der neonatologischen Intensivpflege-Station] mit qualifiziertem und vor Ort eingearbeitetem Personal das Risiko nosokomialer Infektionen erhöht (Kategorie IA).
>
> Die Empfehlung der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (zur Personalausstattung) ist diesbezüglich wegweisend (Kategorie IB).“[46]

Diese Empfehlung, auf die in der KRINKO-Empfehlung unter genauer Angabe des Titels und der Webadresse verwiesen ist, sieht für die Perinatalzentren, d.h. für Stationen die auch Frühgeborene der 27. Schwangerschaftswoche und darunter behandeln, vor:

> „Im Intensivtherapiebereich sollte ein Pflegeschlüssel von 3:1 (Pflegekräfte pro Bett), im Überwachungsbereich von 2:1 vorgehalten werden, wobei ein möglichst hoher Anteil an Pflegekräften mit abgeschlossener Zusatzweiterbildung in Neonatologie und pädiatrischer Intensivpflege anzustreben ist.“[47]

Kategorie IA bezeichnet in der KRINKO-Terminologie Empfehlungen, die durch Studien belegt und wissenschaftlich gesichert sind. Kategorie IB bezeichnet Empfehlungen, die nicht durch wissenschaftliche Vergleichsstudien eindeutig gesichert sind, aber durch Konsensbeschluss der Kommission als Stand der medizinischen Wissenschaft anerkannt werden. Die Empfehlung der KRINKO bedeutet daher, dass der Zusammenhang von personeller Unterausstattung und erhöhten Krankenhausinfektionen bei Frühgeborenen wissenschaftlich gesichert ist und der empfohlene Mindest-Personalschlüssel nach übereinstimmender Auffassung der Kommission das Maß des medizinisch Erforderlichen darstellt.

Diese Klarstellung wurde in der Fachwissenschaft begrüßt:

> „Eine Entschuldigung von Politikern und Ökonomen: ‚Das haben wir nicht gewusst‘ gilt zukünftig nicht mehr! Klargestellt wurde der eindeutige, durch Studien belegbare Zusammenhang zwischen dem erhöhten Risiko krankenhaus-erworbener Infektionen, professioneller und engagierter Krankenhaus-Hygiene und der Qualifikation der Stationsmitarbeiter und ihrer absoluten Zahl.“[48]

Die KRINKO definiert die einzuhaltende Mindest-Personalausstattung mit einem Schlüssel, wie viele Pflegekräfte pro Bett angestellt sein müssen. Eine Station mit 10 Betten muss demnach mindestens 30 Pflegekräfte beschäftigen, wenn sie Intensivpatienten betreut, oder mindestens 20 Pflegekräfte, wenn sie nur Patienten hat, die nicht intensivmedizinisch betreut sondern nur überwacht werden. Für eine Station, in der beides stattfindet, kann demnach die Mindest-Personalausstattung als erfüllt gelten, wenn in einer Station mit 10 Betten mindestens 25 Pflegekräfte beschäftigt werden. Gemeint sind dabei immer Vollzeitkräfte (VK).

In der Praxis wird die personelle Ausstattung dagegen häufig mit einem Schlüssel bezeichnet, der das aktuelle Betreuungsverhältnis darstellt, also wie viele Patienten eine Pflegekraft zu einem bestimmten Zeitpunkt tatsächlich betreut. Ein Schlüssel von 1

---

[46] Band 5, S. 112

[47] Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin: Empfehlungen der GNPI für strukturelle Voraussetzungen der neonatologischen Versorgung von Früh- und Neugeborenen in Deutschland, 24.06.2004, S. 1, http://www.gnpi.de/pdf/StrukturVersorgung.pdf

[48] Franz Sitzmann: Hygiene in der Intensivpflege – Infektionsprophylaktische Maßnahmen bei neonatologischen Patienten mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g, in: intensiv 2008, Nr. 16, S. 9-17, Band 4, S. 131

zu 3 z.B. bedeutet hier, dass eine Pflegekraft drei Patienten gleichzeitig betreut. Die beiden Zahlenangaben müssen sorgfältig unterschieden werden. Der KRINKO-Schlüssel bezeichnet die notwendige Grundausstattung einer Station. Der andere Schlüssel bezeichnet das Maß an Belastung, das zu einem bestimmten Zeitpunkt tatsächlich auftritt.

Drei Vollzeitkräfte pro Bett bedeuten nicht, dass in einem Dreischichtbetrieb immer 1 VK pro Bett anwesend ist – schließlich hat die Arbeitswoche nur 5 Tage, es gibt Urlaub und Krankheit, ferner Übergabezeiten und Pausenzeiten.

> „Zeuge Professor Dr. Herting: Das muss man so aufklären: Das eine ist die Zahl, ich habe eine bestimmte Zahl von Kindern, und ich habe eine bestimmte Zahl von Schwestern, die jetzt dort sind in der Schicht. Das heißt, ich habe im Grunde genommen zehn Betten, unsere Intensivstation ist mit zehn Betten belegt. Wir haben fünf Schwestern in jeder Schicht. Das sind diejenigen, die jetzt dort sind, aber um diese Schwestern zu fahren, brauchen sie den Gesamtaufwand, denn sie brauchen fünf vormittags, sie brauchen fünf nachmittags, sie brauchen fünf nachts. Das heißt, sie brauchen 15 Personen am Tag, die dort sind. Dazu kommen Urlaubs- und Fehlzeiten und so etwas, und dann sehen Sie schon, dass sie solch einen Schlüssel eben nur mit etwa 25 Kräften überhaupt fahren können, wenn sie das in einem Personalplan umsetzen. Das muss man einfach klären. Das eine sind die Kräfte, die jetzt pro Schicht da sind, und die anderen, die eben insgesamt verfügbar sein müssen als Vollkräftestatistik, als VKA-Stellen. Das muss man sehr gut voneinander trennen, denn sonst redet man über komplett unterschiedliche Zahlen. (…)
>
> Die Zahl, die eine höhere Zahl von Pflegekräften pro Bett oder pro Patient hat, wo ich also ein Verhältnis habe, ich brauche drei Pflegende oder zwei Pflegende pro Bett, das ist natürlich die Gesamtzahl, die unterjährig den Personalaufwand darstellt, den ich betreiben muss, um solch einen Schichtdienstplan mit allen Krankheitsausfällen und allem, was es gibt, dafür werden Regelzahlen eingesetzt, zu erfüllen.“[49]

„Drei pro Bett heißt, eine halbe am Bett“

Genaugenommen bedeuten 3 angestellte Pflegekräfte pro Bett (also 1 pro Schicht), dass tatsächlich etwa eine halbe Pflegekraft pro Bett anwesend ist. Eine Pflegekraft betreut dann 2 Patienten – also ein Betreuungsverhältnis von 2:1.

Dies leitet sich her, wenn man die personelle Ausstattung mit 1 Vollzeit-Pflegekraft umrechnet in die reale Anwesenheitszeit, indem man die tatsächliche jährliche Arbeitszeit (vermindert um Übergabe- und Pausenzeiten im Schichtdienst) ermittelt. Während das Jahr 8.760 Stunden hat, ist eine Vollzeit-Arbeitskraft in einem Jahr real ca. 1.464 Stunden anwesend für die Patientenbetreuung, also ungefähr ein Sechstel – wenn sie jeden Tag arbeiten würde, wäre sie täglich 4 Stunden anwesend, während der Patient 24 Stunden anwesend ist. Eine Vollzeit-Pflegekraft deckt also beim Drei-Schichten-System (3 x 8 Stunden) etwa eine halbe Schicht ab. Bei 6 Vollkraft-Pflegekräften wäre immer 1 Kraft anwesend.

Mit 6 Vollzeit-Kräften wäre also ein Betreuungsverhältnis von 1:1 realisiert. Mit den von der KRINKO geforderten 3 Vollzeit-Kräften pro Bett ist ein Betreuungsverhältnis von 1:2 gewährleistet, d.h. 1 Pflegekraft betreut 2 Betten.

---

[49] Egbert Herting, Protokoll der öffentlichen Anhörung 1-59 f.

Reale Anwesenheit pro Vollzeitkraft im Mehrschichtbetrieb			
Wöchentliche Arbeitszeit TVÖD		39,12 Std.	
Tägliche Arbeitszeit bei 5-Tage-Woche	39,12 / 5	7,824 Std.	7,824 Std.
Arbeitstage im Jahr (Bremen 2011)		254 Tage	
davon abzusetzen wg. Urlaub		30 Tage	
davon abzusetzen wg. Krankheit (4 %)	254 x 0,04	10,16 Tage	
= Tatsächliche Arbeitstage	254-30-10	213,84 Tage	214 Tage
Tatsächliche jährliche Arbeitszeit	213,84 Std. x 7,824 Tage	1.673,084 Std.	
davon abzusetzen wg. Übergabe: 2 x 15 min pro 8-Std-Schicht	30 min / 8 Std.	6,25 %	
davon abzusetzen wg. 30 min Pause pro 8-Std-Schicht (bei Mehrschichtdienst in Arbeitszeit inbegriffen nach TVÖD)	30 min / 8 Std.	6,25 %	
= Tatsächliche jährliche Patientenbetreuungszeit pro Vollzeitkraft	1.673,084 Std – 12,5%	1.463,95 Std.	1.463,95 Std.
Jahresstunden	365 Tage x 24 Std.	8.760 Std.	8.760 Std.
Daraus ergibt sich: **„3 pro Bett = eine halbe am Bett“**:			
Anteilige Abdeckung der Jahresstunden durch 1 Vollzeitkraft	1.463,95 / 8.760	16,71 %	**ca. 1/6**
Reale Anwesenheit, wenn pro Schicht 1 Vollzeitkraft beschäftigt ist	Im Dreischichtbetrieb		**ca. 0,5 pro Schicht**
Formel: angestellte VK pro Bett geteilt durch 6 = ungefähre Zahl der anwesenden PK pro Bett			

Der von der KRINKO als notwendig angesehene Personalschlüssel von 3 Stammkräften pro Bett ist also **keineswegs blanke Utopie**, so wie es die Senatorin in ihrer Anhörung darzustellen versuchte:

> „Wir haben eine Richtlinie, die ich vorhin schon erwähnt habe, die der Idealfall ist. (…) Die Richtlinie schreibt ja ein Verhältnis von drei zu eins und zwei zu eins vor. Das bedeutet, dass wir bei drei Schichten eins zu eins, also quasi eine Kraft pro Kind haben. Ich weiß nicht, ob es das irgendwo gibt. Ich habe jetzt bei Professor Dr. Friedrich gelesen, in den Niederlanden haben sie eins zu 1,5, hat er, glaube ich, gesagt. Sie haben aber auch ein völlig anderes Krankenhaus- und Finanzierungssystem, das auch sehr teuer ist, wie ich gelesen habe. Daher ist es nicht zu erfüllen, was die Fachgesellschaft als Empfehlung gibt.“[50]

[50] Renate Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Anhörung31-4559 f.

Diese Darstellung seitens der Senatorin ist **falsch**. Die Einhaltung der KRINKO-Richtlinie für den Intensivbereich (3 Pflegekräfte pro Bett) bedeutet eben nicht, dass rund um die Uhr 1 Pflegekraft neben jedem Bett steht. Sie bedeutet, dass rund um die Uhr eine halbe Pflegekraft neben jedem Bett steht, was auf ein Betreuungsverhältnis von 2 Patienten pro Pflegekraft (1:2) hinausläuft.

Das gilt allerdings nur, wenn die Betten alle voll belegt sind. Bei einer Bettenbelegung von 80 Prozent (von 10 Betten sind 8 belegt) liegt das Betreuungsverhältnis, wenn die KRINKO-Richtlinie für den Intensivbereich umgesetzt wird, günstiger, nämlich bei 1:1,6.

Wenn man die KRINKO-Richtlinie großzügig auslegt und davon ausgeht, dass auf einer Frühgeborenen-Station sowohl Intensivbehandlung als auch Überwachung stattfindet, kann man den Mittelwert von 2,5 Pflegekräften pro Bett zugrundelegen. Das bedeutet, dass bei 100prozentiger Auslastung eine Pflegekraft 2,4 Patienten betreut, bei 80prozentiger Auslastung 1,9 Patienten.

Das entspricht den Aussagen der vom Ausschuss gehörten Experten. Ein Betreuungsverhältnis von 1:1 wird als ideal, aber in der Praxis nicht erreichbar angesehen. **Betreuungsverhältnisse, die schlechter sind als 1:2, werden dagegen als gefährlich erachtet.**

> „(…) darin kommt man immer auf den Schlüssel, dass im Hochintensivbereich eine Pflegekraft allerhöchstens zwei Patienten betreuen sollte, teilweise wird sogar eins zu eins empfohlen.“[51]

Vergleichswerte zur Pflegepersonal-Ausstattung auf Frühgeborenen-Stationen

In den Niederlanden wird ein Betreuungsverhältnis angestrebt, dass der strengen Auslegung der KRINKO entspricht.

> „Es wird auf den Intensivstationen eine Eins-zu-eins-Pflege versucht. Das wird meistens nicht eingehalten, dann ist man bei 1,5 zu eins - also 1,5 Patienten pro Pflegekraft -, das ist ungefähr der Durchschnitt.“[52]

Die Uniklinik Leipzig praktiziert ein Betreuungsverhältnis, das sich am KRINKO-Mittelwert aus Intensivbehandlung und Überwachung orientiert.[53] Die Klinik Hamburg-Barmbek hat nach dem Ausbruch in der dortigen Frühgeborenen-Station (15 Betten) das Betreuungsverhältnis so verbessert, dass es zumindest zwischen dem KRINKO-Mittelwert und dem KRINKO-Überwachungswert liegt.

> „Zeuge Dr. Laux: Ich habe mir das extra aufgeschrieben, um an der Stelle nicht zu improvisieren, wir hatten bis zu diesem Ausbruch 26 Vollkräfte Pflege (…) Wir haben gemerkt (…) dass dieser Schlüssel absolut nicht reicht, und haben jetzt (…) 32 VK.“[54]

Wie der folgenden Umrechnungstabelle zu entnehmen ist, **lag die Frühgeborenen-Station des KBM vor der Zentralisierung (also 2009) etwa auf dem Betreuungsniveau, das in Hamburg-Barmbek *nach dem Ausbruch* hergestellt wurde. Durch die Zentralisierung,**

---

[51] Tim Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Anhörung 15-2071

[52] Friedrich, Protokoll der öffentlichen Anhörung 21-2933

[53] Mareike Lißner: Epidemiologie nosokomialer Infektionen und Abhängigkeit krankenhausassoziierter Komplikationen von der Personalbesetzung in der Neonatologie, Dissertation, Leipzig 2011, http://www.qucosa.de/fileadmin/data/qucosa/documents/6907/Promotion_ML.pdf, S. 24 (10 Betten) und S. 35 (28,25 VK), Neonatale Intensivstation, Daten von 2006

[54] Laux, Protokoll der öffentlichen Anhörung 16-2202

bei der die Bettenzahl von 12 auf 16 erhöht wurde, ohne dass zusätzliches Personal eingesetzt wurde, lag der Betreuungsschlüssel im KBM 2010 und 2011 dagegen noch deutlich schlechter als in Hamburg *vor dem Ausbruch*.

Umrechnung VK pro Bett / Pflegekräfte-Patienten-Relation

	Anzahl VK	Betten-zahl	VK pro Bett	Anwe--sende PK pro Bett	Pflegekr.-Patienten -Relation		Akte
					bei 100% Belegung	bei 80% Belegung	
KRINKO (Intensivbereich)			3	0,5	1:2	1:1,6	
KRINKO (Überwachungsbereich)			2	0,33	1:3	1:2,4	
KRINKO (Mittelwert)			**2,5**	**0,42**	**1:2,4**	**1:1,9**	
KBM NEO 2009	25,5	12	2,1	0,35	1:2,8	1:2,3	Bd. 60
KBM NEO 2010-2011	**25,5**	**16**	**1,6**	**0,27**	**1:3,8**	**1:3,0**	**Bd. 60**
KBM NEO 2012 (Wendorff-Plan)	22	16	1,4	0,23	1:4,4	1:3,5	Bd. 187, S. 49
KBM NEO (ursprüngl. Ausbauplan)	24	20	1,2	0,2	1:5	1:4	
Hamburg-Barmbek NEO (vor Ausbruch)	27,5	15	1,8	0,31	1:3,2	1:2,6	16-2184, 16-2202
Hamburg-Barmbek NEO (nach Ausbruch)	**32**	**15**	**2,1**	**0,36**	**1:2,8**	**1:2,2**	16-2184, 16-2202
Uniklinik Leipzig NEO	28,25	10	2,8	0,47	1:2,1	1:1,7	[55]
Niederlande			3,2	0,53	1:1,9	1:1,5	[56]

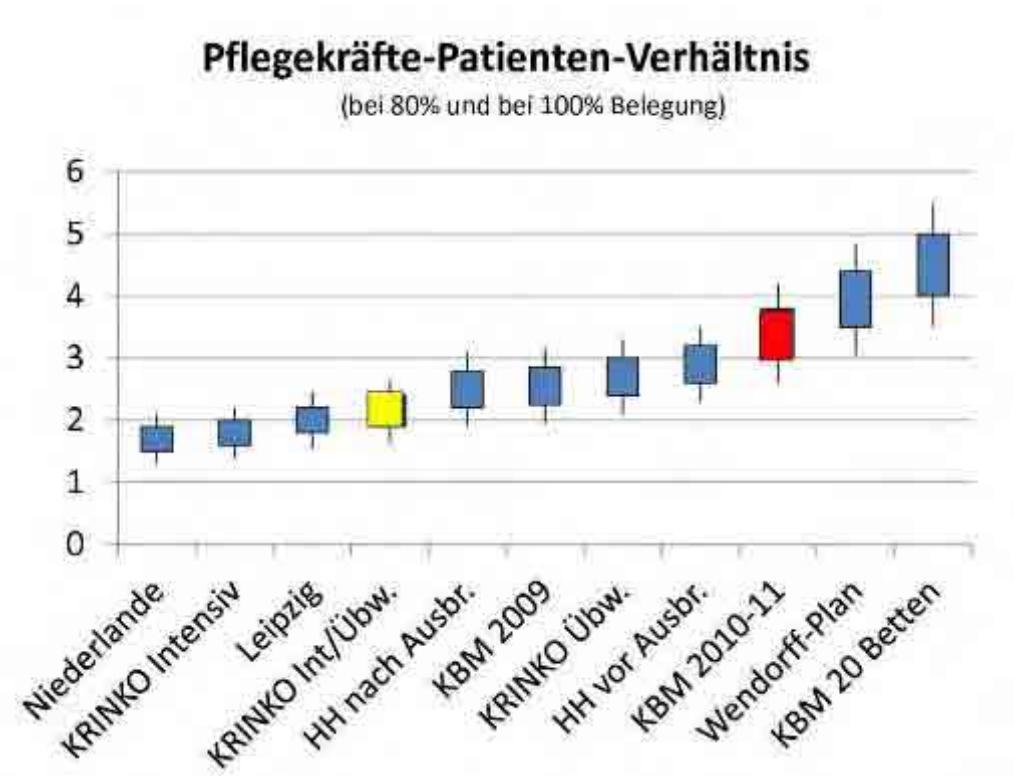
[57]

Der Wirtschaftsplan 2011 sah eine Personalentwicklung vor („Wendorff-Plan“), bei der nochmals Planstellen auf der Neonatologie abgebaut werden sollten. Ursprünglich war vorgesehen, dass bei der Zentralisierung die Bettenzahl sogar noch weiter aufgestockt werden sollte, nämlich auf 20 Betten.

> „Die Bettenkapazitäten wurden bereits von 12 auf 16 erhöht. Eine endständige Aufstockung auf 20 Betten soll erfolgen.“[58]

[55] Lißner, a.a.O.
[56] Alexander Friedrich, Protokoll der öffentlichen Anhörung 21-2933
[57] Eigene Zusammenstellung
[58] Protokoll der Aufsichtsratssitzung KBM vom 18.06.2010, Band 60, S. 194

In der nachstehenden Grafik sind die Betreuungsverhältnisse auf der Neonatologie für verschiedene Kliniken sowie die Empfehlungswerte der KRINKO für Intensivtherapie, Überwachung bzw. eine Mischung aus Intensivtherapie und Überwachung eingetragen. Die Rechtecke markieren jeweils den Bereich zwischen einer 80prozentigen und einer 100prozentigen Bettenauslastung.



Deutlich sichtbar ist der Effekt, **dass bei einer schlechteren Personalausstattung auch der Unterschied zwischen 80prozentiger und 100prozentiger Belegung (Höhe des Rechtecks) zunimmt.** Die Striche über und unter den Rechtecken deuten an, dass die Betreuungsrelation bei einer Auslastung von weniger als 80 Prozent das Betreuungsverhältnis natürlich noch günstiger ist, dass sie bei voller Belegung aber auch (z.B. durch akuten Personalausfall) situativ noch ungünstiger sein kann. Auch dieser

Ausschlag wird größer, je schlechter die Personalausstattung ist. Die Station wird bei schlechter Personalausstattung empfindlicher für das Unvorhergesehene.

Die Geschäftsführungen der GeNo und des KBM haben nach dem Öffentlichwerden des Ausbruchs in Bremen hartnäckig suggeriert, die Fachgesellschaften würden einen Betreuungsschlüssel von 1:3 empfehlen, also dass eine Pflegekraft im Schnitt 3 Patienten betreut. Dies ist falsch. Richtig ist, dass die Fachgesellschaften 3 angestellte Pflegekräfte pro Bett empfehlen bzw. ein Betreuungsverhältnis von maximal 1:2.

Es kann dafür argumentiert werden, dass auf einer Station, wo sowohl Intensivtherapie als auch Überwachung stattfindet, mindestens 2,5 Pflegekräfte pro Bett vorgehalten werden müssen. Das bedeutet in der Praxis, dass im Regelfall bei einer 80prozentigen Bettenbelegung das Betreuungsverhältnis von 1:2 eingehalten wird und auch in Spitzenzeiten mit einer 100prozentigen Belastung das Betreuungsverhältnis nicht über 1:2,4 steigt.

Festzuhalten ist, dass diese Vorgabe spätestens seit Januar 2010 auf der Frühgeborenen-Station des KBM nicht mehr erfüllt war. Bei 16 Betten hätten mindestens 40 VK Pflegekräfte auf der Station fest angestellt sein müssen. Die Realität lag bei 25,5 VK und damit massiv unter den Vorgaben der KRINKO, selbst bei großzügiger Auslegung. Mit dieser Personalausstattung hätten maximal 10 Betten betrieben werden dürfen und nicht 16.

1.3 Auswirkung der Unterbesetzung auf das Betreuungsverhältnis

Der Geschäftsführer der GeNo Diethelm Hansen behauptete zunächst im November 2011:

> „Im Pflegedienst gibt es keine konkreten Sollzahlen für die Pflegebesetzung. Im Verhältnis zur Belegung hat während des gesamten Jahres [2011] im Wesentlichen eine Pflegekraft drei bis vier Frühgeborene betreut. Eine Schichtbesetzung von mindestens 4 am Vormittag, 3 im Spätdienst und 3 im Nachtdienst ist bis auf fünf Tage eingehalten worden.“[59]

Wenige Tage später schrieb Hansen in einem erneuten Schreiben an die Senatorin:

> „Hinsichtlich der quantitativen Besetzung ist festzuhalten, dass im Bereich der Pflege der Schlüssel von 3:1 bzw. 4:1 (Anzahl Patienten pro Pflegekraft) bis auf wenige Ausnahmesituationen eingehalten worden ist.“[60]

In einem Schreiben vom gleichen Tag an den Referatsleiter Martin Götz heißt es nur noch:

> „dass auf der neonatologischen Intensivstation 4027 in sehr vielen Schichten der von der Fachgesellschaft empfohlene Quotient von 3 zu 1 eingehalten wird.“[61]

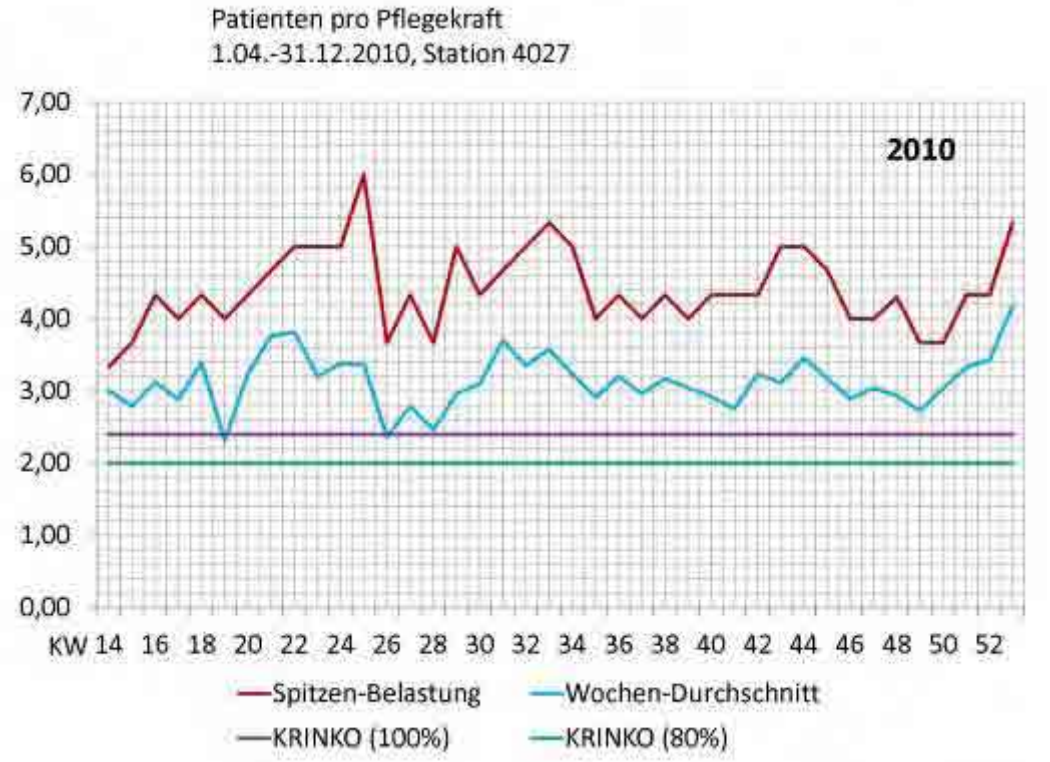
Wie bereits erwähnt, ist der von den Fachgesellschaften empfohlene Quotient keineswegs 3 zu 1, sondern 2 zu 1 – hier liegt eine Verdrehung mit dem von der KRINKO empfohlenen Schlüssel von 3 angestellten Pflegekräften pro Bett vor. Ein empfohlener Schlüssel „von 3.1 bzw. 4:1“ ist reine Phantasie. Dies musste von der GeNo auch öffentlich eingeräumt werden.[62]

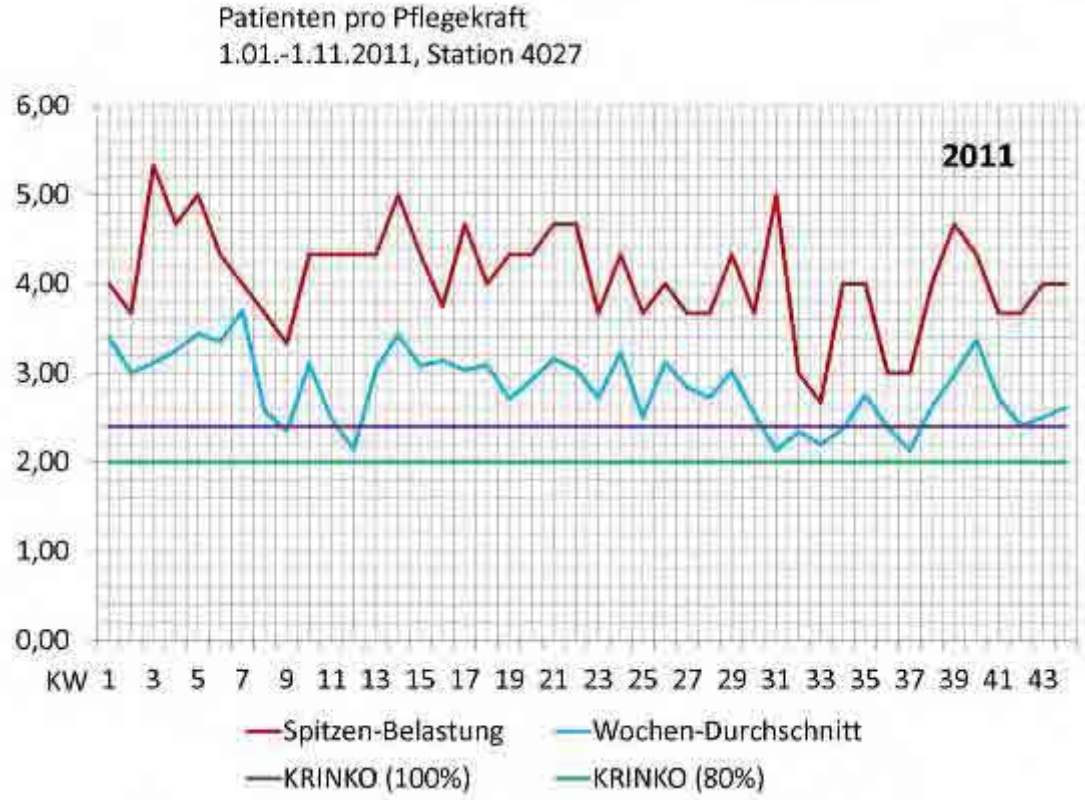
---

[59] Schreiben an die Senatorin vom 25.11.2011, Band 58 S. 255
[60] Schreiben an die Senatorin vom 29.11.2011, Band 58, S. 318
[61] Schreiben an Martin Götz vom 29.11.2011, Band 189, S. 258
[62] Gesundheit Nord zieht erste Konsequenzen, Weser-Kurier vom 3.12.2011

Tatsächliche Betreuungsverhältnisse auf der Station

Aufgrund der Daten zu Belegung (also Patientenzahl) und Personalbesetzung (anwesende Kräfte pro Schicht) stellen sich die tatsächlichen Betreuungsverhältnisse auf Station 4027 in den Jahren 2010 und 2011 so dar:





[63]

[63] Eigene Grafik, Daten Patienten- und Personalstand (2010 und 2011) aus Band 66

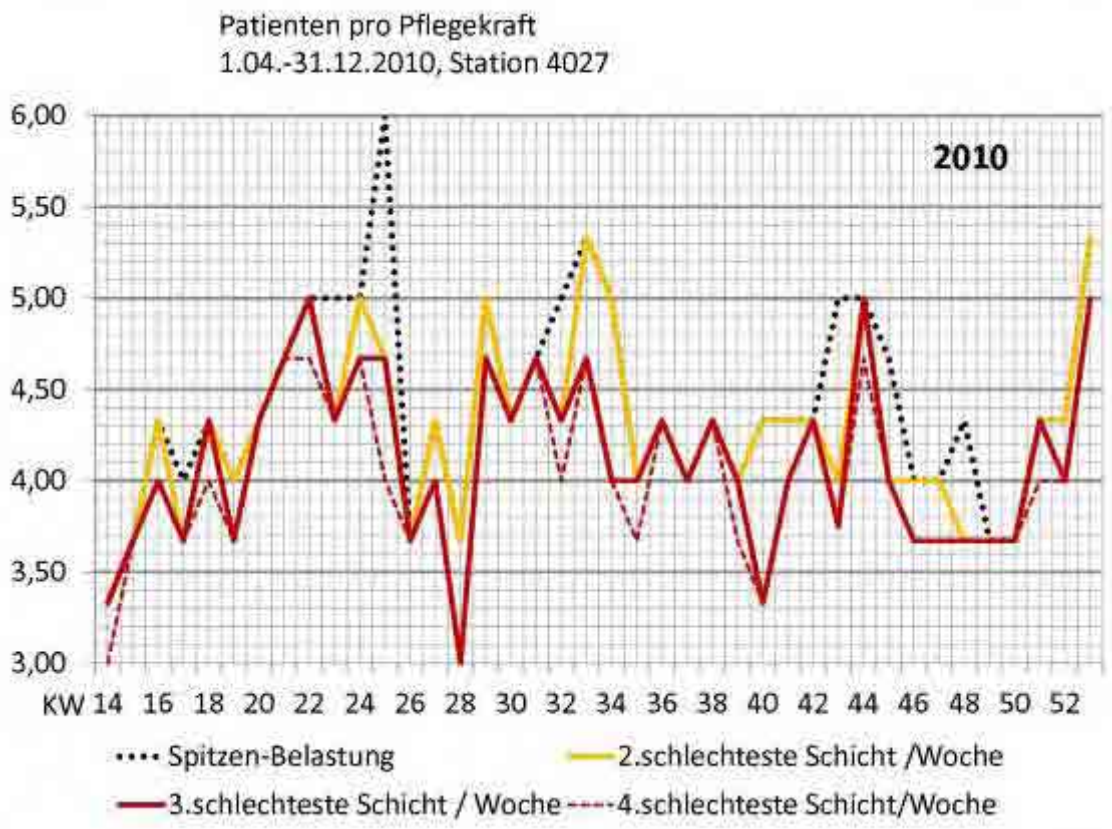
Die blaue Linie markiert den Wochendurchschnitt (für die einzelne Kalenderwoche Anzahl der Patienten in allen 21 Schichten geteilt durch Anzahl der Pflegekräfte in allen 21 Schichten, Dreischichtsystem). Die rote Linie markiert das Verhältnis Patienten pro Pflegekraft in der ungünstigsten Schicht der Woche.

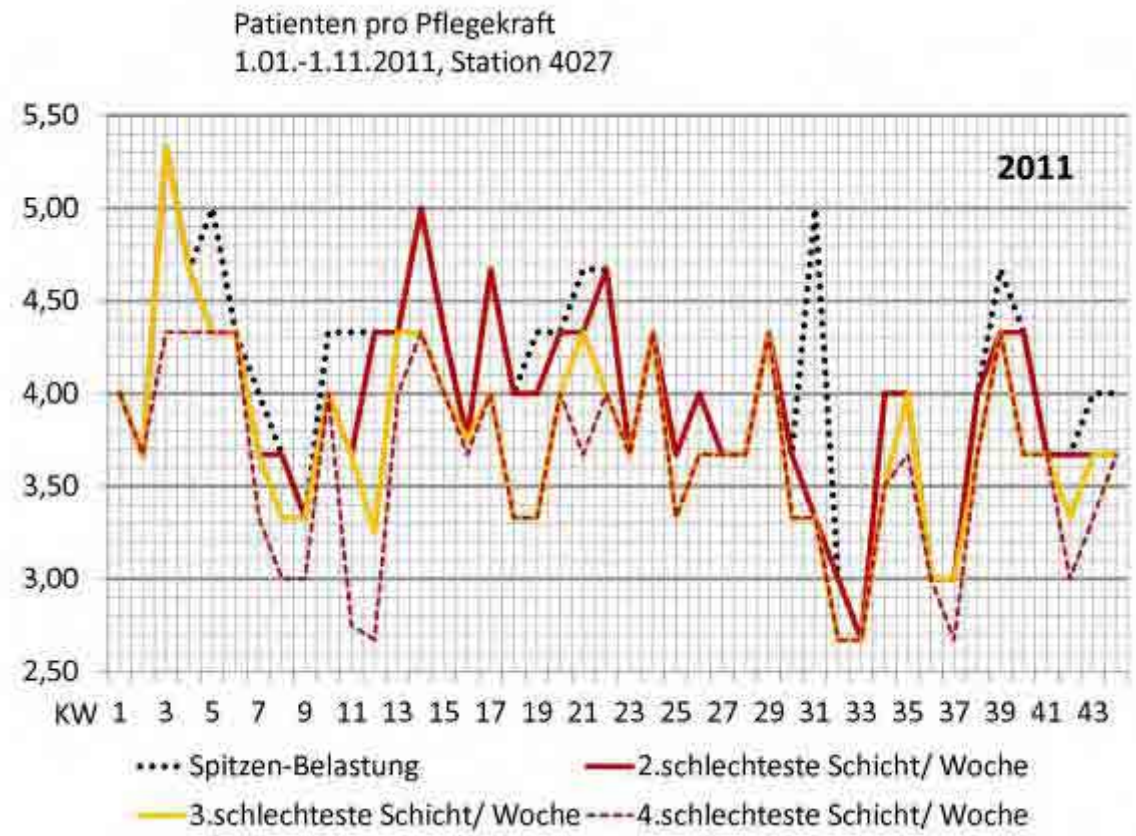
Zum Vergleich markiert die grüne Linie den Wert von 2 Patienten pro Pflegekraft, der sich aus der KRINKO-Richtlinie bei einer 80prozentigen Bettenbelegung ergibt. Höher dürfte der Wochendurchschnitt keinesfalls liegen. Die lila Linie markiert den Wert von 2,4 Patienten pro Pflegekraft, der sich aus der KRINKO-Richtlinie bei 100prozentiger Bettenbelegung ergibt. Höher dürfte die Spitzenbelastung keinesfalls liegen.

Sowohl die Wochendurchschnitte (blaue zu grüner Linie) als auch die Spitzenbelastungen (rote zu lila Linie) lagen demnach immer über dem, was der KRINKO-Empfehlung entsprochen hätte. Sowohl in 2010 als auch in 2011 werden regelmäßig Spitzenbelastungen erreicht, die über 1:4 liegen, teilweise sogar über 1:5. Für 2011 sind dabei (wie auch in den Folgegrafiken) die von der KBM-Geschäftsführung korrigierten, d.h. gegenüber der ursprünglichen Dienstplan-Auswertung nachgebesserten Zahlen verwendet worden.[64]

Handelt es sich bei den Spitzenbelastungen möglicherweise um ‚Ausreißer‘, das heißt um seltene Ausnahmefälle? Um dies zu überprüfen, ist in den beiden folgenden Grafiken nicht nur der Wert der Schicht mit dem schlechtesten Betreuungsverhältnis pro Woche eingetragen, sondern auch der Wert für die zweit-, dritt- und viertschlechteste Schicht.

[64] Siehe Erläuterung von Daniela Wendorff, Band 66, S. 1-10. Der Zeitraum ist für 2011 die 1. bis 44. Kalenderwoche (KW), d.h. 1.1.-31.10.2011 (danach wurde die Station geschlossen). Für 2010 ist der Zeitraum die 14. bis 53 Kalenderwoche, d.h. 1.4.-31.12.2010 (für das erste Quartal 2010 sind dem Ausschuss keine Zahlen vorgelegt worden, auch bei den Rohdaten in Akte 188 beginnt der Zeitraum erst mit dem 1.4.2010).



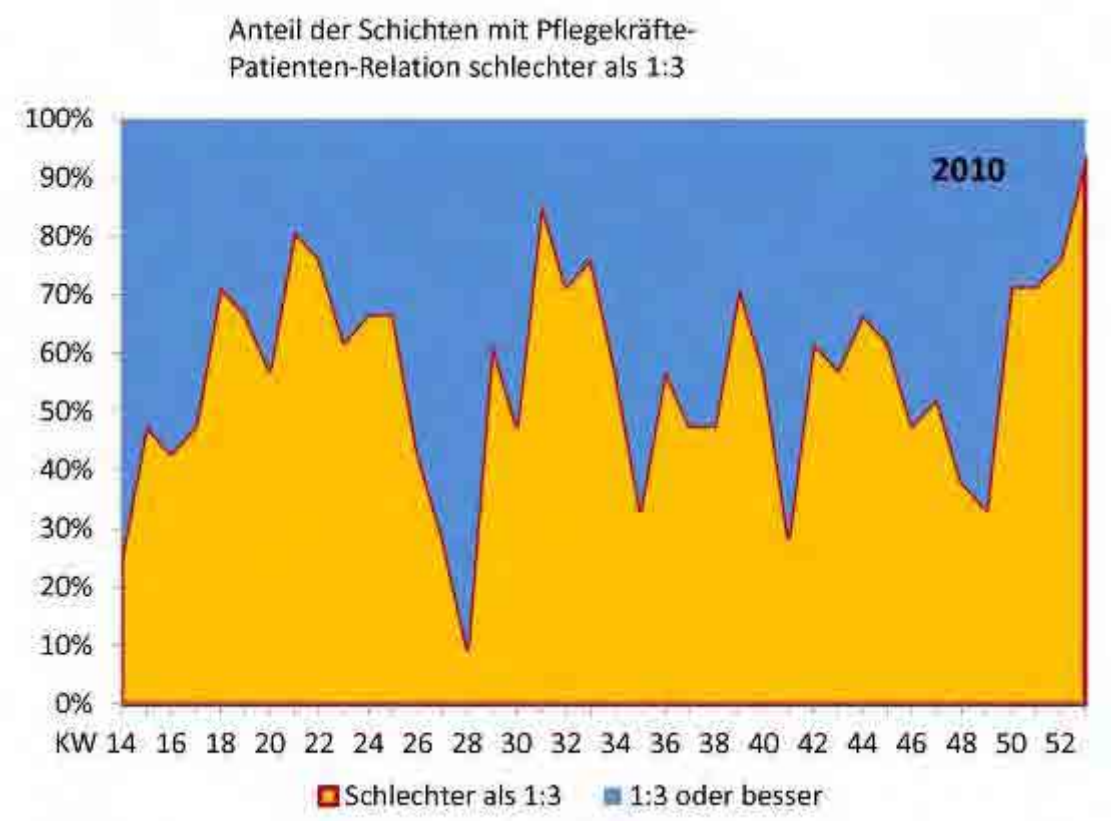


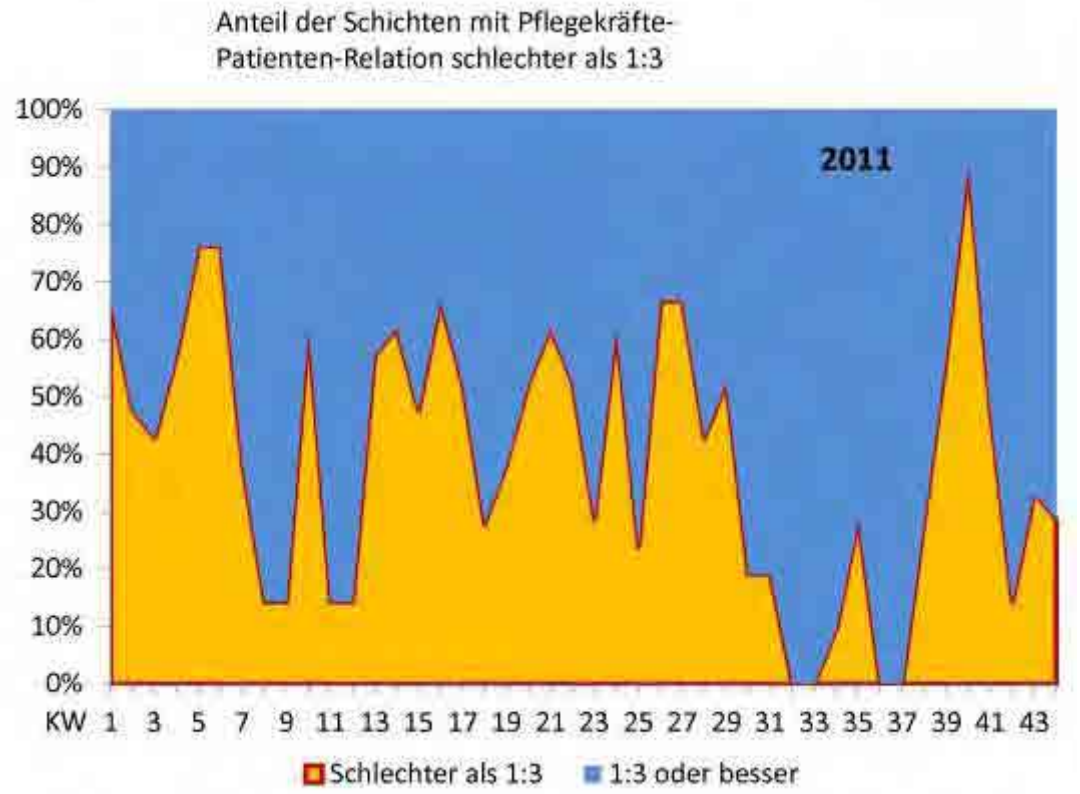
[65]

Das bedeutet: Bei 19 % der Schichten pro Woche (4 von 21 Schichten = 19%) lag die Belastung mindestens auf der Höhe der untersten Linie. **Nur da, wo die gepunktete Linie**

[65] Eigene Grafik, Daten aus Band 66

sichtbar ist, handelt es sich um einen ‚Ausreißer‘, d.h. um einen Einzelfall in der betreffenden Woche. Das trifft nur auf den Wert von 1:6 in der 25.KW 2010 und für den Wert von 1:5 in der 31.KW 2011 zu.





Um die Aussage zu überprüfen, das Betreuungsverhältnis habe bis auf wenige Ausnahmen nicht schlechter als 1:3 gelegen, ist in den beiden obenstehenden Grafiken der Anteil der

Schichten pro Woche eingetragen, in denen das Pflegekraft-Patienten-Verhältnis schlechter war als 1:3 (orange Fläche, unten). Die blaue Fläche (oben) stellt den Anteil der Schichten pro Kalenderwoche dar, in denen das Betreuungsverhältnis *nicht* schlechter war als 1:3.

In 2010 lagen insgesamt 57 Prozent aller Schichten schlechter als 1:3.

In 2011 lagen insgesamt 40 Prozent aller Schichten schlechter als 1:3.

1.4 Nichteinhaltung der GBA-Richtlinie zur Qualifikation

Die personelle Ausstattung hängt nicht nur von der Anzahl von Pflegekräften ab, sondern auch von deren **Qualifikation**.

> „Andererseits muss das Personal natürlich ausreichend ausgebildet sein. Viel Personal ohne Ausbildung nützt nichts.“[66]

> „Ausstattung ist natürlich eine gewisse Grundvoraussetzung, die Sie benötigen an Technik, Inkubatoren, Brutkästen für Frühgeborene, bestimmte Formen von Beatmungsgeräten – das Entscheidende ist aber wirklich das Know-How des Personals, nicht nur der Ärzte, vor allen Dingen auch der Pflege.“[67]

Im Zusammenhang von Krankenhaus-Infektionen bei Frühgeborenen ist die Qualifikation der Pflegekräfte nicht nur entscheidend für die Therapie und für das hygienisch korrekte Verhalten, sondern auch für die Diagnose, d.h. für das Erkennen von Infektionen:

> „Diejenigen, die am nahesten an dem Patienten sind, das sind natürlich die Pflegekräfte. Das sind die, die auch merken, gerade bei einer Infektion, irgendetwas ist mit dem Kind anders, es schnauft ein bisschen anders, das sieht nur ein wenig anders aus, der Bauch ist ein bisschen dicker. Diese Kinder haben ja nicht die klassischen Zeichen einer Infektion. Man fragt sich ja, wie man eine Infektion übersehen kann, aber die fiebern nicht. Frühgeborene haben kein Fieber, sie haben vielleicht nur eine flachere Atmung, sehen ein bisschen schlechter aus. Die Schwester sagt im Grunde genommen, das Kind ist heute nicht so gut drauf, dort müsst ihr einmal hinschauen, dort müsst ihr Diagnostik machen. Das heißt, die Schwestern sind sozusagen direkt an dem Kind, und bei aller Technik, bei allen Monitorwerten, die uns angezeigt werden, die beobachtende Pflegekraft ist das A und O mit ihrer Entscheidung zu merken, diesem Kind geht es jetzt ein bisschen anders.“[68]

Der **Gemeinsame Bundesausschuss (GBA)**, das höchste Gremium der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen, in dem die Krankenkassen, die Krankenhäuser und die Kassenärzte vertreten sind, hat deshalb 2008 festgelegt, dass **40 Prozent des Pflegepersonals** auf einer Frühgeborenen-Intensivstation über eine abgeschlossene **Fachweiterbildung in Pädiatrischer Intensivpflege** verfügen müssen. Dabei soll **in jeder Schicht mindestens eine Pflegekraft mit Fachweiterbildung anwesend** sein. Für eine Übergangsfrist bis zum 31.12.2015 darf zur Erreichung der 40 Prozent auch Pflegepersonal eingerechnet werden, das eine mindestens fünfjährige Erfahrung in der Frühgeborenen-

---

[66] Laux, Protokoll der öffentlichen Anhörung 16-2179

[67] Egbert Herting in: Geschäft mit Frühchenversorgung. NDR Menschen und Schlagzeilen vom 29.11.2011, http://www.ndr.de/fernsehen/sendungen/menschen_und_schlagzeilen/media/menschenundschlagzeilen1261.pdf

[68] Egbert Herting, Protokoll der öffentlichen Anhörung 1-56 f.

Intensivpflege vorweisen kann. Dies gilt jedoch nicht für das Erfüllen der Bedingung, dass in jeder Schicht mindestens eine Pflegekraft mit Fachweiterbildung anwesend sein muss, wie sich aus dem Text des betreffenden Absatzes ergibt:

> „Der Pflegedienst der neonatologischen Intensivstation besteht aus Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern oder -pflegerinnen. Der Anteil der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder -pflegerinnen mit einer abgeschlossenen Fachweiterbildung im Bereich ‚Pädiatrische Intensivpflege‘ (gemäß den Empfehlungen der DKG zur Weiterbildung für Krankenpflegepersonen in der Intensivpflege vom 11.05.1998) beträgt mindestens 40 %. Für eine Übergangsfrist bis zum 31.12.2015 können zur Erreichung des in Satz 2 genannten Prozentsatzes sowohl Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder -pflegerinnen mit einer mindestens fünfjährigen Erfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege als auch Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder -pflegerinnen mit einer abgeschlossenen Fachweiterbildung im Bereich „Pädiatrische Intensivpflege“ eingesetzt werden. Es sollte möglichst in jeder Schicht ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und/oder -pflegerin mit Fachweiterbildung im Bereich ‚Pädiatrische Intensivpflege‘ eingesetzt werden.“[69]

Während für die 40-Prozent-Regel ausdrücklich Pflegepersonal mit fünfjähriger Berufserfahrung und Pflegepersonal mit Fachweiterbildung aufgeführt ist, ist dies für die Schicht-Regel nicht der Fall.

Der Geschäftsführer der GeNo, Diethelm Hansen, hatte in seinem Schreiben vom 29.11.2011 an die Senatorin zunächst mitgeteilt:

> „Die Quote [an Pflegepersonal mit Fachweiterbildung oder fünfjähriger Erfahrung] im Klinikum Bremen-Mitte beträgt 58,63% und überschreitet somit die geforderten 40%.“[70]

Dies war die Zahl, die ihm von der pflegerischen Geschäftsführung des KBM am Tag zuvor per Mail mitgeteilt worden war:

> „Sehr geehrter Herr Dr. Hansen,
>
> die prozentuale Quote der pädiatrisch fachweitergebildeten Intensivpflegemitarbeiter sowie der über fünf Jahre beschäftigten Pflegemitarbeiter auf einer Neonatologie / IST betrug im Jahr 2010 58,63 %.
>
> Für ein Level 1 Zentrum sind aktuell 40% gefordert.“[71]

Diese Mitteilung war **falsch**. Auf Nachfrage des Ausschusses, wie hoch denn der Anteil der Pflegekräfte mit Fachweiterbildung sei, wurde von der pflegerischen Geschäftsführung folgende Aufstellung mitgeteilt:

	Fachweiterbildung	Mehr als fünfjährige Erfahrung
Jahr 2010	21,57 %	58,63 %
Jahr 2011	25,00 %	50,00 %

[69] Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen, Anlage 1, Seite 2, http://www.g-ba.de/downloads/83-691-164/Vb-NICU-Anl12009-08-20_neu.pdf

[70] Band 58, S. 318

[71] Band 201, S. 755

> Die o.g. Quote betrug für das Pflegepersonal 4027/4028:
>
> Im Jahr 2010 = 80,20 %
> Im Jahr 2011= 75 %.“[72]

In den schriftlichen Aussagen der Pflegekräfte geben 8 von 32 Stammkräften an, eine Fachweiterbildung zu haben (4 aus Station 4027 und 4 aus Station 4028). Von den übrigen 44 Stammkräften gibt es keine Aussage. Die Angaben zur Fachweiterbildungsquote sind somit nicht überprüfbar, scheinen aber zumindest plausibel.

Die Vorschriften des GBA sind also hinsichtlich der Quote formal eingehalten worden. Tatsache ist aber, dass dies nur aufgrund der vom GBA eingeräumten Übergangsfrist der Fall war. Die Quote der Pflegekräfte mit Fachweiterbildung war gemessen an der Zielvorstellung des GBA niedrig. Dies wurde auch von einem der Oberärzte auf der Station als defizitär angesprochen:

> „Neben der Quantität muss leider auch die Qualität angesprochen werden. Die Zahl der Pflegenden mit Intensivkurs liegt deutlich unter den geforderten 40%, wir Ärzte erleben darüber hinaus, dass ganz erhebliche pflegerische Defizite die Versorgung der extrem kleinen Frühchen gefährden.“[73]

Hinsichtlich der Anwesenheit mindestens einer fachweitergebildeten Kraft pro Schicht kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Vorschrift des GBA eingehalten worden ist. In dem oben zitierten Schreiben der pflegerischen Geschäftsführung an den PUA heißt es dazu:

> „In jeder Schicht sind in der Regel eine Kinderkrankenpfleger und/oder –pflegerin mit Fachweiterbildung bzw. fünfjähriger Erfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege eingesetzt worden.“[74]

Die Formulierung „in der Regel“ räumt bereits ein, dass die Anwesenheit einer entsprechenden Kraft nicht durchweg gegeben war. Vor allem aber wird nicht realisiert, dass der GBA hier nicht zulässt, ersatzweise für die Übergangsfrist auch Pflegekräfte mit fünfjähriger Erfahrung anzurechnen.

Die Einhaltung dieser Vorschrift war mit dem niedrigen Anteil an fachweitergebildeten Kräften auch kaum möglich. Wie sich aus den Berechnungen auf Seite 35 ergibt, braucht man 12 fachweitergebildete Vollzeitkräfte, um auf 2 getrennten Stationen rund um die Uhr 1 fachweitergebildete Pflegekraft anwesend zu haben. Bei einer Fachweiterbildungsquote von 21,57 bzw. 25,00 Prozent standen 2010 knapp 12 fachweitergebildete VK und 2011 knapp 14 fachweitergebildete VK zur Verfügung. Es hätte einer extrem ausgefeilten Dienstplanung und einer absolut zuverlässigen Einhaltung dieser Planung bedurft, um wirklich zu jedem Zeitpunkt auf beiden Stationen die Anwesenheit einer fachweitergebildeten Kraft zu gewährleisten. Die Dienstpläne enthalten keinerlei Hinweise auf Fachweiterbildung, so dass nichts darauf hinweist, dass eine solche Planung auch nur versucht worden wäre. Eine zufällige Stichprobenauswahl ergibt denn auch, dass z.B. an den 3 Tagen vom 29. bis 31.07.2011 die Nachschicht mit genau 2 Kräften besetzt war, die beide keine Fachweiterbildung haben.[75]

---

[72] Schreiben der Geschäftsführung Pflege KBM vom 14.06.2012 an den PUA
[73] Mail eines der Oberärzte an die pflegerische Geschäftsführung vom 28.11.2011, Band 58, S. 324
[74] Schreiben der Geschäftsführung Pflege KBM vom 14.06.2012 an den PUA
[75] Dienstplan Juli 2011 Pflege 4027, Band 57, S. 166 ff. und Angaben zur Fachweiterbildung in den schriftlichen Anhörungen der Pflegekräfte, Band 195, S. 33 und 50.

Die GBA-Vorschrift ist also hinsichtlich der generellen Fachweiterbildungsquote formal eingehalten worden, aber nur aufgrund der Übergangsfrist. Sie ist hinsichtlich der Anwesenheit von mindestens einer fachgebildeten Pflegekraft in jeder Schicht *nicht* eingehalten worden.

1.5 Verschlechterung der Personalsituation durch die Zentralisierung

Am 22. Juni 2009 beschloss der Aufsichtsrat der GeNo, unter Vorsitz der damaligen Senatorin Ingelore Rosenkötter und unter Anwesenheit des damaligen Staatsrats Hermann-Schulte-Sasse, das sogenannte **„Medizinische Zukunftskonzept“.**[76] Damit wurde auch die **Zentralisierung der Frühgeborenen-Medizin im Klinikum Bremen-Mitte** beschlossen. Frühgeborene unter 1.500 g wurden ab Januar 2010 nur noch im KBM behandelt, die Frühgeborenen-Stationen im Klinikum Nord und im Klinikum Links der Weser behielten nur noch Frühgeborene oberhalb dieser Grenze.

Kern des „Medizinischen Zukunftskonzepts“ war die Bildung standortübergreifender Zentren zwischen den vier Klinikstandorten. Als erstes der 10 Zentren ist das künftige Eltern-Kind-Zentrum aufgeführt. Das Zentrenkonzept zielte auf „Einspareffekte durch Verlagerung von medizinischen Leistungen zwischen den Standorten.“ **Für die Zentralisierung der Neonatologie ist der Einspareffekt mit 569.000 Euro jährlich beziffert,** bei einer gleichzeitigen Verlagerung von 656.000 Euro Nettoerlösen von Nord und LdW nach Mitte, insgesamt also einer Ergebnisverbesserung von 1,2 Mio. Euro für den Standort Mitte.[77]

Entsprechend verweist auch Hansen in einem Schreiben an Huppertz vom 11.10.2010 darauf, „dass Ihre Klinik am meisten vom medizinischen Zukunftskonzept profitiert hat“.[78]

Ab April 2010 wurde die Zahl der Betten in der Frühgeborenen-Station des KBM von bislang 12 auf 16 Betten aufgestockt, also um 33 Prozent erhöht.

> „Rein operativ beginnt im März die Umsetzung Neonatologie und Brustzentrum. Hier gibt es klare Festlegungen. (…) Der Umbau der Neonatologie ist in vier Wochen fertig, im April geht es los mit der Umsteuerung der Patienten.“[79]

Die Erhöhung der Bettenzahl geschah, ohne dass zusätzliches Personal bereitgestellt wurde.

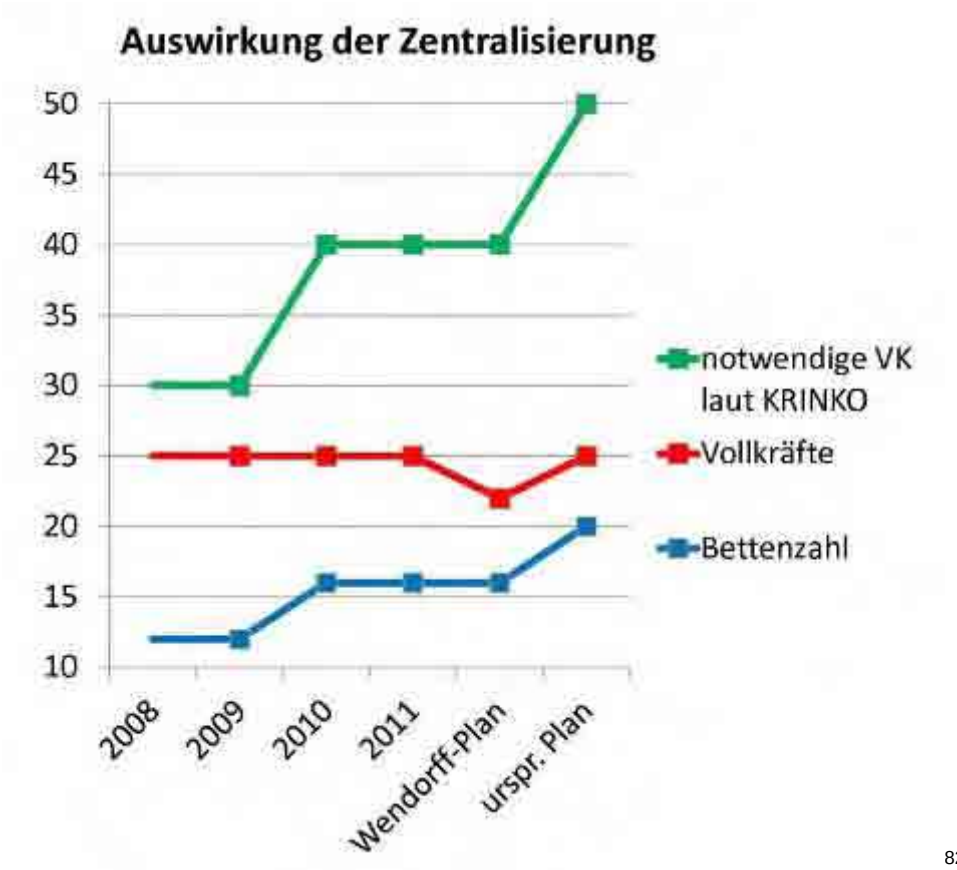
> „Inzwischen wurde durch die Konzentrierung der Versorgung sehr kleiner Frühgeborener die Bettenzahl auf der 4027 von 12 auf 16 angehoben, in 2010 wurden 40 % mehr sehr kleine Frühgeborene versorgt.“[80]

> „Die Station wurde von 12 auf 16 Betten aufgestockt, seitdem die anderen Kinderkliniken der GeNo keine sehr kleinen Frühchen mehr behandeln. Diese Aufstockung ist ohne entsprechende Personalanhebung erfolgt. Dies geschah auch mit dem Wissen, dass schon zum Zeitpunkt der 12-Bettenstation kein ausreichendes und qualifiziertes Personal vorgehalten wurde. Die steigende Zahl von sehr kleinen FG wird also von nicht genug

---

[76] Band 60, Seite 47
[77] Band 60, Seite 8-12
[78] Band 63, S. 6. Dass „profitiert“ ökonomisch gemeint ist, ergibt sich aus dem Kontext des Schreibens. Huppertz hatte eine Anhebung seiner Bezüge um 20% beim Wechsel auf einen neuen Chefarztvertrag als unzureichend abgelehnt, da er „eine angemessene Vergütung erwartet“ hatte.
[79] Monatsgespräch KBR mit GF GeNo vom 8.03.2010, TOP 5 Medizinisches Zukunftskonzept – Stand der Dinge: Bericht und Präsentation durch die GF, Band 184, S. 69
[80] Schreiben Peter Lasch an Diethelm Hansen vom 21.02.2011, Band 58, S. 357

und nicht ausreichend qualifizierten Schwestern versorgt. Dies wurde von uns wiederholt der Geschäftsführung vorgetragen, hat aber zu keinerlei Konsequenzen geführt. Dauerkranke Pflegemitarbeiter und Schwangere werden nicht ersetzt, eine Weiterqualifizierung der Pflege, wie sie die Statuten des Level-1-Status fordern, wird wissentlich ignoriert.“[81]



[82]

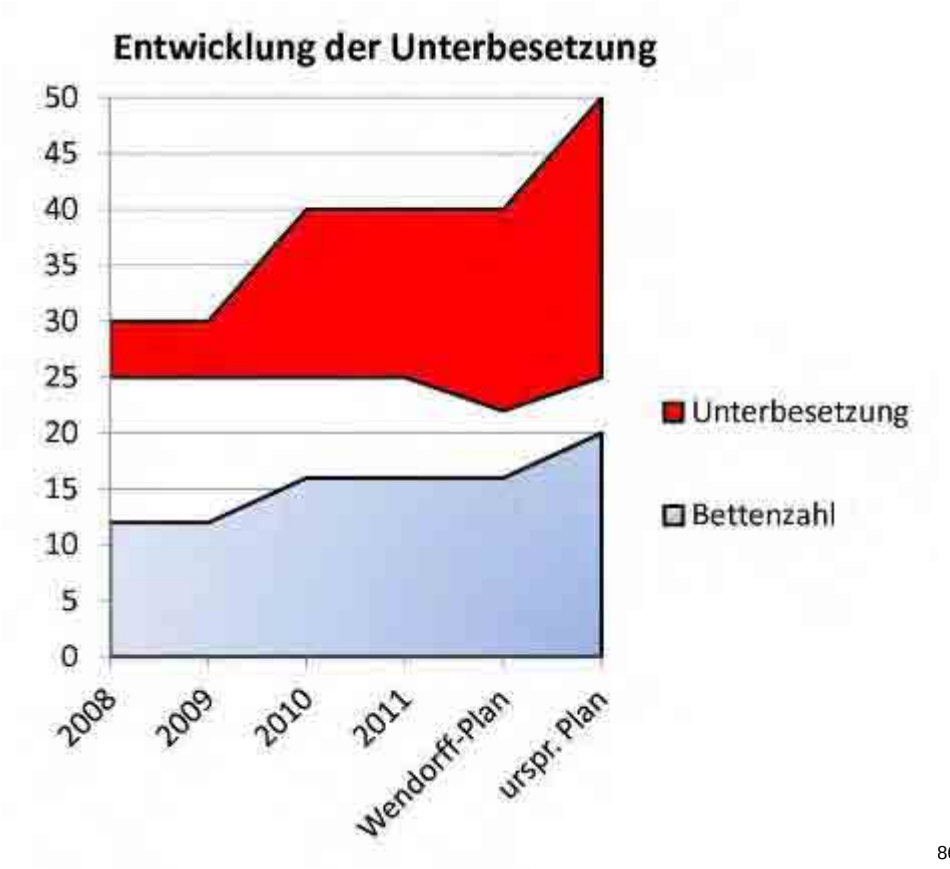
In der Wirtschaftsplanung der GeNo ist der Ist-Stand für die Station 4027 zum 13.12.2011 mit 22,84 VK angegeben, der Wirtschaftsplan 2011, der sogenannte „Wendorff-Plan“, sah eine Absenkung bis zum Jahresende auf 22,00 VK vor.[83] Für die Station 4028 ist der Ist-Stand mit 28,82 VK angegeben, der „Wendorff-Plan“ sah bis Jahresende 30,00 VK vor. Die Realität sah etwas günstiger aus. Anhand der Dienstpläne für 2011 ergibt sich eine Besetzung der Station 4027 mit Stammkräften im Umfang von 25,5 VK, die Station 4028 war mit Stammkräften im Umfang von 30,5 VK besetzt.[84] Dies scheint der Stand auch Ende 2009 gewesen zu sein. So erfasst die Personalplanungs-Vorlage, die KPMG 2010 im Aufsichtsrat vorlegte, für beide Stationen zusammen einen Bestand von 53,13 VK für das Jahr 2008.[85]

Wie oben dargestellt, lag die Personalausstattung in der Pflege vor der Zentralisierung bei ca. 2,1 VK pro Bett und damit bereits schlechter als die KRINKO empfiehlt (2,5 VK pro Bett). Durch die Erhöhung der Bettenzahl um 33 Prozent ohne Erhöhung der Personalzahl verschlechterte sich die Personalausstattung schlagartig auf 1,6 VK pro Bett, die

[81] Schreiben der Oberärzte und Stationspflegeleitungen (9 Unterschriften) an Diethelm Hansen vom 22.08.2011, Band 63, S. 119
[82] Eigene Grafik
[83] Band 187, S. 48
[84] Band 57 S. 146 ff. und S. 107 ff.
[85] Band 60, S. 155

Betreuungsrelation verschlechterte sich von 1:2,8 bzw. 1:2,3 (bei 100prozentiger bzw. bei 80prozentiger Bettenbelegung) auf 1:3,8 bzw. 1:3,0. Die Station lief damit im Normalbetrieb bereits mit einer Betreuungsrelation, bei der eine Pflegekraft 3 Frühgeborene betreute; in Spitzenzeiten mit höherer Auslastung war ein „Hochlaufen“ auf Betreuungsverhältnisse von 1:4 und darüber vorprogrammiert.

Vor der Zentralisierung hätte die Station 4027 statt 25,5 mindestens 30 VK Pflegepersonal haben müssen, um die Vorgabe der KRINKO zu erfüllen. Nach der Zentralisierung wären mindestens 40 VK (16 Betten x 2,5) erforderlich gewesen.



[86]

Die Unterbesetzung nahm demnach massiv zu. Seit der Zentralisierung war die Neonatologie um knapp 15 VK unterbesetzt – was Personalkosten von ca. 800.000 Euro jährlich entspricht.

Der Missbrauch von Zentralisierungen für die Verschlechterung der Betreuungsrelation, um den finanziellen Ertrag zu steigern, ist ein bekanntes Problem.

> „Wenn man genügend Personal hat, dann spielt es [die Stationsgröße] gar keine Rolle, dann können Sie auch 60 [Betten] machen. Es gibt eine riesige Intensivstation vom Herzzentrum in Leipzig, ich glaube, sie haben 72 Betten. Sie haben aber natürlich auch für 72 Leute Personal, das ist der Punkt! Der Knackpunkt ist ja an der Stelle, dass sie irgendwann die Betten immer weiter aufstocken, ohne Personal mitzuziehen. Da taucht das Problem auf. Wenn sie aber genügend Leute haben, das Entscheidende ist nicht die Gesamtzahl, sondern der Quotient.“[87]

[86] Eigene Grafik
[87] Klaus-Dieter Zastrow, Protokoll der öffentlichen Anhörung 2-225

„Man verliert unter Umständen ab einer bestimmten Größe ein wenig den Überblick. Was aber viel gefährlicher ist, und das ist es immer, ist, dass tatsächlich das Verhältnis vom Personal zu betreuenden Patienten immer ungünstiger wird. Wissen Sie, wenn wir jetzt sagen, in Ihrem Bremer Fall jetzt einmal 14 oder so, dann ist es natürlich schnell gemacht zu sagen, da ist auch noch Platz, da machen wir jetzt einmal 15 daraus, denn jeden Tag gibt es viel Geld. Es ist ja auch bekannt, dass das vergleichsweise hoch bezahlt wird und viele Neonatologien auch dazu da sind, Teile des Klinikums mitzufinanzieren. Da ist es natürlich durchaus verführerisch, vielleicht noch einmal irgendwo ein oder zwei Betten hinzustellen, ohne das Personal zu erhöhen. Wenn Sie noch zwei Betten hinstellen und noch zwei, und immer Personal mitschieben, kein Thema, kein Problem! Aber genau das unterbleibt ja. Das schafft ihr schon noch, das bekommt ihr noch mit. Und dann haben Sie nicht immer die Leute, die sagen, nein, kann ich nicht, denn die gelten als schwach. Da gibt es immer welche, die sagen: Klar können wir das! Aber das gibt es ja in vielen Bereichen, nicht nur bei uns.“[88]

Mindestmengen-Diskussion

Die Festlegung einer vorgeschriebenen Mindestmenge an Frühgeburten unter 1.500 g für ein Perinatalzentrum war ein willkommener Vorwand, die Zentralisierung durchzusetzen. Der Gemeinsame Bundesausschuss legte im August 2009 eine Zahl von 14 sehr kleinen Frühgeburten pro Jahr als Minimum für ein Level-1-Zentrum fest. Durch Gerichtsbeschluss ist auch diese Festlegung derzeit außer Kraft. Die GeNo-Geschäftsführung hatte darauf gehofft, dass die Mindestmenge höher ausfallen würde, um die Zentralisierung als gesetzlich alternativlos erscheinen zu lassen:

„Mit dem beigefügten Beschluss des GBA zu Mindestmengen für Frühgeborene unterhalb 1250, respektive 1500 g, ist nicht die von der GeNo erwartete Entscheidung zu höheren Mindestmengen (35, 50) getroffen worden. (…) Insofern stellt die aktuelle Entscheidung des GBA vielleicht keine zusätzliche argumentative Unterstützung der GeNo-Strategie dar.“[89]

„Bitte diese Info zu dem Vorgang, Bremen Nord, Neonatologie (Schreiben etc.) nehmen, damit wird ein Teil der Argumentation der GeNo ausgehebelt.“[90]

Qualitätskriterien spielten bei der Entscheidung, die Behandlung der extrem kleinen Frühgeborenen am Standort Mitte zu zentralisieren, keine Rolle. Die vorliegenden Qualitätsberichte lassen keinen Qualitätsvorsprung der Frühgeborenen-Behandlung in Mitte im Vergleich zu Links der Weser erkennen, ganz im Gegenteil.[91]

Die Aufstockung auf 20 Betten war bis zum Öffentlichwerden des Keimausbruchs keineswegs aufgegeben worden. Sie war nur zurückgestellt aus finanziellen Erwägungen, weil die gegenüber den Erwartungen der KBM-Leitung geringere Auslastung der Station die Investition in weitere vier Betten noch nicht rechtfertigte.

„Bezüglich der Neonatologie erläutert Frau Wendorff, dass bisher berichtet wurde, dass 20 neonatologische Intensivplätze angestrebt werden. Die Fallzahlentwicklung seit 2009 in beiden Gewichtskategorien bei den Neugeborenen lässt jedoch erkennen, dass die

[88] Klaus-Dieter Zastrow, Protokoll der öffentlichen Anhörung 2-281

[89] Mail Helmut Gottwald (Beteiligungsmanagement SfAFGJS) an Marlies Bretsch und Hermann Schulte-Sasse „Vorbereitung S für heute Abend in Nord“, 24.08.2009, Band 61, S. 62

[90] Mail Helmut Gottwald an Petra Borgmann-Görtz, 21.08.2009, Band 61, S. 85

[91] Siehe insbesondere die risikoadjustierte Rate nosokomialer Infektionen, Neo-KISS 2010, Band 10, S. 9 und S. 193

vorhandenen 16 Plätze ausreichend sind und zum jetzigen Zeitpunkt kein zusätzlicher Bedarf gegeben ist. Temporäre Spitzen können durch Betten auf benachbarten Stationen abgedeckt werden. Die Eröffnung zusätzlicher vier Betten (d.h. ein zusätzliches Zimmer) wäre mit einem Investitionsvolumen in Höhe von 250 T€ verbunden.“[92]

1.6 Unterschreitung von Mindestbesetzungen

Sowohl auf Station 4027 wie auf Station 4028 war ein Unterschreiten der in der Dienstplanung vorgesehenen Mindest-Schichtbesetzungen an der Tagesordnung. Anhand der Dienstplan-Ausdrucke aus dem Programm SP-Expert[93] lassen sich die Mindestbesetzungen und ihre Überschreitung erkennen. Die VK-Summe für die jeweilige Schicht erscheint rot unterlegt, wenn die Mindestbesetzung nicht eingehalten ist. Die Mindestbesetzungen für die Station 4027 waren demnach festgelegt auf 5-3-3 unter der Woche und 4-3-3 am Wochenende (die 3 Zahlen stehen jeweils für die Besetzung der Frühschicht, der Spätschicht und der Nachtschicht). Für die Station 4028 waren die Mindestbesetzungen festgelegt auf 6-5-4 (unter der Woche) bzw. 5-5-4 (am Wochenende).

Diese Mindestbesetzungen wurden systematisch unterschritten. Eine Auswertung anhand der von der Geschäftsführung korrigierten Personalbesetzungen für 2010 und 2011 ergibt eine Unterschreitung von Mindestbesetzungen **an 3 von 10 Tagen für die Station 4027 und an 8 von 10 Tagen für die Station 4028** (siehe Tabellen).

Pflegekräfte							
Station 4027				**Mindestbesetzung: 5-3-3 (WE: 4-3-3)**			
2011	Tage	Tage mit 1 Schicht unter Mindest-besetzung	Tage mit 2 Schichten unter Mindest-besetzung	Tage mit 3 Schichten unter Mindest-besetzung	Tage ohne Unter-besetzung	Anzahl unter-besetzte Tage	Unter-besetzte Tage in Prozent
Januar	31	11			20	11	35
Februar	28	10			18	10	36
März	31	4			27	4	13
April	30	6			24	6	20
Mai	31	3			28	3	10
Juni	30	8			22	8	27
Juli	31	12			19	12	39
August	31	16	2		13	18	→ 58
September	30	5			25	5	17
Oktober	31	7			24	7	23
Summe	**304**	**82**	**2**	**0**	**220**	**84**	**28**
= an 28 % der Tage war mindestens für 1 Schicht die Mindestbesetzung nicht erfüllt. Im August war mehr als die Hälfte der Tage unterbesetzt.							

[94]

[92] Protokoll der 2. Aufsichtsratssitzung KBM, Band 60, S. 205

[93] Akte 57

[94] Diese und folgende Tabelle: Eigene Zusammenstellung, Daten aus Akte 66, für Juli und August 2011 Station 4028 (fehlt in Band 66) Band 188, S. 445. D.h. die Aufstellung beruht auf den von der Pflegerischen Geschäftsführung KBM gegenüber der ersten Übermittlung an das RKI teilweise bereits erhöhten Besetzungszahlen.

Pflegekräfte							
Station 4028				**Mindestbesetzung: 6-5-4 (WE: 5-5-4)**			
2011	Tage	Tage mit 1 Schicht unter Mindest-besetzung	Tage mit 2 Schichten unter Mindest-besetzung	Tage mit 3 Schichten unter Mindest-besetzung	Tage ohne Unter-besetzung	Anzahl unter-besetzte Tage	Unter-besetzte Tage in Prozent
Januar	31	9	6	4	12	19	61
Februar	28	16	4	0	8	20	71
März	31	14	8	4	5	26	84
April	30	15	12	2	1	29	→ 97
Mai	31	14	7	1	9	22	71
Juni	30	19	7	3	1	29	→ 97
Juli	31	15	9	1	6	25	81
August	31	12	16	3	0	31	→ 100
September	30	12	4	1	13	17	57
Oktober	31	10	11	9	1	30	→ 97
Summe	**304**	**136**	**84**	**28**	**56**	**248**	**82**
= an 82 % der Tage war mindestens für 1 Schicht die Mindestbesetzung nicht erfüllt. Im April, Juni, August und Oktober 2011 gab es so gut wie keinen Tag ohne Unterbesetzung.							

In den Überlastungsanzeigen des Pflegepersonals wird daher mit Recht mehrmals die Formulierung von der **„geplanten Unterbesetzung“** gebraucht.

„(unter Mindestebestzung) - geplant unterbesetzt“[95]

„von vorneherein unterbesetzt“[96]

Ebenso bemerkenswert ist aber, dass die im Dienstplan ausgewiesenen Unterschreitungen der Mindestbesetzung die tatsächliche Belastungssituation verzerrt widerspiegelt. So werden Mindestbesetzungen dreimal häufiger auf Station 4028 als auf Station 4027 unterschritten, weil sie für die Station 4027 von vorneherein sehr viel niedriger angesetzt waren, während die Belastungssituation in Wirklichkeit auf der 4027 viel kritischer war.

Auch hängt die reale Überlastung natürlich von der Patientenzahl ab. Während die reale Belastung auf der Station 4027, gemessen am Betreuungsverhältnis, im August (31.-35.KW) verhältnismäßig niedrig lag und in der zweiten Septemberhälfte (37.-39.KW) rapide anstieg (siehe Grafiken Seite 43-45), bildete sich dies nicht in einer steigenden Unterschreitung von Mindestbesetzungen ab, im Gegenteil: Mit 17 Prozent lag der Anteil von Tagen mit unterschrittener Mindestbesetzung im September auf der Station 4027 vergleichsweise günstig. Während des ganzen Jahres liegt dieser Anteil auf der Station 4027 erheblich unter den Werten der Station 4028.

Über den Ausweis von unterschrittenen Mindestbesetzungen im Dienstplan fand also auch eine Fehlsteuerung statt. Ursächlich dafür war vor allem die **generell viel zu niedrige Bemessung der Mindestbesetzungen für die Station 4027.**

[95] Überlastungsanzeige Station 4027, 24.10.2010, Band 161, Seite 618

[96] Überlastungsanzeige Station 4027, 23.10.2010, Band 161, S. 619. Die Unterzeichnerinnen sind andere als die der vorstehenden Überlastungsanzeige.

1.7. Überlastungsanzeigen

Aus den Überlastungsanzeigen des pflegerischen Personals zeigt sich eine realistischere, vielfach erschütternde Darstellung der tatsächlichen Betreuungsengpässe in der Kinderklinik. **Von den 7 Ordnern mit pflegerischen Überlastungsanzeigen aus dem KBM entfallen ganze 2 Ordner auf die Kinderklinik.** Die Überlastungsanzeigen aus der Kinderklinik sprechen eine deutliche Sprache:

> „Wie schon zum xten Mal auf dieser Station Überbelegung!!! Schwerstkranke Kinder, OP’s, Zugänge, Entlassungen. Man arbeitet Nonstop ohne Pause!! So kann + darf es nicht weitergehen! Hilfe!“[97]

> „Fast alle Zimmer sind dreckig und sehr unordentlich, seit Tagen schaffen wir es nicht aufzuräumen und gründlich zu wischen. Viele unzufriedene Eltern, werden ständig vertröstet.“[98]

Der größte Teil der Überlastungsanzeigen aus der Kinderklinik entfällt auf die Station 4027. ganz überwiegend auf die Station 4027. Im Ausschuss wurden teilweise fast idyllische Schilderungen eines „nicht-intensiven“, mäßig aufwändigen „Aufpäppelns“ der Frühgeborenen vorgetragen:

> „Abg. Frau Bernhard: Sie würden mir aber doch zustimmen, dass der Bereich der Neonatalogie durchaus in die Gruppe der hoch intensiv zu Betreuenden fällt?
>
> Zeuge Dr. Schulz-Stübner: Nein, eigentlich nicht! Sie haben gerade in der Neonatalogie, wenn die Frühchen sozusagen frisch kommen, manchmal drei auf einmal und sind in der kritischen Phase, dann haben Sie eine hohe Intensität. (…) Dann sind sie aber auch häufig sehr lange, bis sie nämlich ihren Reifegrad erreicht haben, auf der Station, und in diesen späteren Phasen ist es mehr eine Intensivüberwachung und -pflege, da haben Sie nicht mehr die Kreislaufunterstützung, nicht mehr die Infusionen, die gewechselt werden müssen, da kommen sie vielleicht auch mit eins zu vier hin, denn da sind die Eltern mit dabei, die machen Känguru-Pflege. Dann geht es wirklich darum - was man im Jargon manchmal Päppelkinder nennt -, das Frühchen wird aufgepäppelt, in den Reifegrad gebracht, es hat aber keine wirklich intensivmedizinische Betreuung, keine Beatmung mehr.“[99]
>
> „Bei manchen Kindern ist das so, dass die Eltern rund um die Uhr dabei sind, manchmal ist es so, dass die Kinder nur ein bisschen Lichttherapie brauchen, und manche brauchen lediglich die Versorgung wie Füttern und Windeln, das war es dann schon.“[100]

Mit der Realität der Station 4027 hatte das nichts zu tun. Die Überlastungsanzeigen aus Station 4027 enthalten meistens genaue Schilderungen der Belegungssituation und der medizinischen Anforderungen, aus denen die Belastung deutlich hervorgeht.

> „4 intubierte, 2 CPAP Kinder (aufwändige Kinder). 1 Spätdienstkraft musste bis 24:00 h bleiben (11 Arbeitsstunden). Stationsleitung 17:00 h gegangen (nach Tagdienst), 24:00 wieder gekommen, weitere 6 ½ h gearbeitet.“[101]

---

[97] Überlastungsanzeige Station 1, 01.04.2009, Band 160, S. 20
[98] Überlastungsanzeige Station 3804, 14.07.2011, SD, Band 160, S. 123
[99] Sebastian Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Anhörung 3-487 f.
[100] Daniela Wendorff, Protokoll der öffentlichen Anhörung 27-3858
[101] Überlastungsanzeige Station 4027, 21.10.2010, Band 161, S. 620

„6 Kinder mit CPAP-Atemunterstützung, 4-5 Patienten pro Schwester. Neuaufnahmen sind da theoretisch nicht möglich, ab 3 Uhr 1 Schwester kontinuierlich bei 1 Patienten mit Dauerapnoe/Infektion.“[102]

„Extrem hoher Arbeitsaufwand (…) 11 zu versorgende Kinder davon 2 Kd. Mit CPAP (…) Isolierzimmer, darin: 1 Kind mit CPAP-Atemunterstützung, 1 Kd musste in dieses Zimmer mitaufgenommen werden (…) 1 Kind zur Versorgung bei einer HIV-positiven Mutter (…) konstante Anleitung der Eltern durch hohen Arbeitsaufwand nicht möglich – potentielle Gefahr der Keimverschleppung – ohne die Hilfe der Eltern wäre die Grundversorgung der Kinder nicht zu gewährleisten.“[103]

Die Äußerung des Betriebsratsvorsitzenden:

„ Dieser Indikator [die Überlastungsanzeigen] hat uns aber eigentlich gezeigt, dass es im Jahr 2011 (…) keine großartigen Überlastungssituationen gegeben hat“[104]

ist nur vor dem Hintergrund der allgemeinen Überlastungssituation am KBM verständlich. Nach einer vom Betriebsrat vorgelegten Statistik sind im Jahr 2011 am KBM 700 bis 750 Überlastungsanzeigen eingegangen, d.h. etwa 1 Überlastungsanzeige pro 3 MitarbeiterInnen bzw. pro 2 Vollkräfte. Die Zahl der Überlastungsanzeigen aus der 4027 betrug 13 im Jahr 2011, bei 33 MitarbeiterInnen und 25 VK. Auch die Überlastungsanzeigen aus anderen Bereichen des KBM lassen an Deutlichkeit nichts zu wünschen übrig:

„Zur Zeit sind 26 Betten belegt bei 35 Planbetten. Die Nachschicht wurde mit 1 examinierten Pflegekraft [gefahren], auf Station waren zur Zeit 5 frisch operierte Pat. Die natürlich nicht adäquat versorgt werden konnten,1 Patientin die Aphaliker ist und zweistündlich gelagert werden musste, ein Patient der (…) versuchte über die Bettgitter zu steigen, eine dritte Patientin die Übelkeit hatte und mehrmals erbrochen hat, die Betätigung der Klingeln … Die Hausnachtwache kam nach Abruf zum Helfen, musste aber auch auf einer anderen Station aushelfen.
Die ‚Pflege‘ die momentan durchgeführt wird in diesem Haus, ist meiner Meinung nach verantwortungslos. Ich gehe hier mit keinem ruhigen Gewissen nach Hause.“[105]

	Anzahl Überlastungsanzeigen						
Station	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
4028			4		3	2	9
4027	3	1	9	6	10	13	5

In aller Regel blieben die Überlastungsanzeigen folgenlos. Es existiert ein Formular, auf dem eigentlich seitens der Pflegeleitung kommentiert werden soll, welche Reaktionen auf die Anzeige der Überlastungssituation hin ergriffen wurden oder warum keine mehr ergriffen wurden. Solche Formulare liegen für die Jahre bis einschließlich 2009 noch vor, danach nur noch in Ausnahmefällen. Für die Jahre bis einschließlich 2008 ist ersichtlich, dass noch auf Überlastungsanzeigen reagiert wurde und tatsächlich in vielen Fällen Extrawachen, Aushilfen oder „Flieger“ mobilisiert werden konnten. Ab 2009 ist das mit wenigen

[102] Überlastungsanzeige Station 4027, 28.09.2011, Band 161, S. 606
[103] Überlastungsanzeige Station 4027, 22.10.2011, Band 161, S. 602 f.
[104] Thomas Hollnagel, Protokoll der öffentlichen Anhörung 18-2535
[105] Überlastungsanzeige Station 4112 (Allgemeine Chirurgie), 12.07.2011, Band 163, S. 286

Ausnahmen nicht mehr der Fall gewesen. In 2009 wurden die Kommentar-Formulare noch rituell mit Copy-and-Paste ausgefüllt und erläutern, warum keine Abhilfe geschaffen werden konnte oder weshalb die Überlastungssituation entstanden war. Ab 2010 fand auch das nicht mehr statt.

Da die Feststellung des Gutachters Walter Popp, auf Überlastungsanzeigen sei nicht reagiert worden, von der senatorischen Behörde explizit in Frage gestellt wurde, sind in der Folge alle Überlastungsanzeigen aus den Stationen 4028 und 4027, die dem Ausschuss vorlagen, tabellarisch aufgeführt einschließlich stattgefundener Reaktionen.[106]

Station 4028, Zeitraum 2008-2012

Datum	Station	Schicht	PK	Kinder	Anm.	Reaktion
22.03.2008	4028	ND	4			
22.03.2008	4028	SD	5		„davon schon 1 Extrawache und 1 schwangere Kollegin“	
30.04.2008	4028	SD	4			„Es wurde kurzfristig eine Hilfe von Stat. 4027 angefordert.“
05.05.2008	4028	ND	4	14	10 beatmet, 1 MRSA	„Keine Hilfe bekommen“
30.07.2010	4028	SD	3+1	11	„Eine Schwester wurde zum Aushelfen auf eine andere Station (4027) abgezogen. Dafür kam eine examinierte Schwester (3805) zum Aushelfen. (…) viele schwerstkranke Patienten.“	
30.07.2010	4028	ND	4	11	1 ECMO[107]	
28.10.2010	4028	SD	4+1	13	Bei 12 Planbetten. „2 Verlegungen / 3 Aufnahmen (…) 1 operativer Eingrif auf Station. 2 Patienten mit besonderen hygienischen Richtlinien“	
05.01.2011	4028	FD	4	7	„7 beatmete Kinder davon wurden 3 Kinder intubiert. 2 wurden bronchoskopiert, ECMO wurde abgestellt und dekanuliert, ein Isolierzimmer bei MRSA, 3 Kinder mit RSV[108]; 2 Dienstleistungen für andere Station sind durch den Zwischendienst übernommen worden (stellv. Stationsleitung). Frühstück war nicht möglich.“	
04.04.2011	4028	SD	4	9	1 musste aus Cuxhaven ein NG abholen. „4 offene Zimmer bei 3 PK“	
21.02.2012	4028	SD	3+1	5	„1 Schwester bei ECMO, 1 Schwester bei ESBL-Klebsiellen, dazu 2 Neuointensiv-Patienten, die flexible Arbeitskraft ist aus einem fremden Haus im Intensivkurs“	
25.02.2012	4028	SD+ND		11	„2 Kohortenisolierungen mit jeweils 1 Pflegekraft die keinen! anderen Pat.-Kontakt lt. Direktion haben darf, ECMO = 1	

[106] Band 161. Die Tabelle wurde chronologisch geordnet.
[107] ECMO = künstliche Beatmung durch direkte Sauerstoffanreicherung des Blutkreislauf (Extrakorporale Membranoxygenisierung). Im Gegensatz zu einer Lungenmaschine wird nicht die Lungenatmung übernommen, sondern das Blut außerhalb des Körpers mit Sauerstoff versetzt.
[108] RSV = Virusinfektion (Respiratory-Syncytial-Virus), Befall der Atemwege

					Pflegekraft, 2 Pflegekräfte betreuen 3 beatmete, 1 CPAP[109] und ein Onkologiekind = 5 Kinder (…)“	
25.02.2012	4028	FD		10	ähnlich „Neuaufnahmen oder Krisen bei den anderen Patienten hätten nicht aufgefangen werden können.“	
25.02.2012	4028	ND	5		ähnlich „Es muss 1 MA 3 Pat. versorgen + Schockraum bedienen + Kreissaal“	
26.02.2012	4028	FD		9	ähnlich	
28.02.2012	4028	SD	4		ähnlich	
29.02.2012	4028	ND	5		„Wie die letzten Tage. 1 MA Iso1, 1 MA Iso2, 1 MA Iso3 = 3 MA. 1 MA Neonatalbox + 1 MA Chir. Versorgung = 2 MA für 5 Pat., Ngb Abholdienst einschl. Kreissaal, Frauenklinik, Schockraum, Nebenarbeiten. Das Auslösen zur Pause ist physikalisch nicht möglich.“	
29.03.2012	4028	ND	5	12	ähnlich	
31.03.2012	4028	ND	4	8	ähnlich	

Station 4010

Datum	Station	Schicht	PK	Kinder	Anm.	Reaktion
08.08.2006	4010	ND	1	18	„Alleine Nachtdienst bei 18 Kindern (9 sectio[110]) Kollegen abgezogen auf 4027“	Dienstanordnung an eine PK

Station 4027, Zeitraum 2006-2008

Datum	Station	Schicht	PK	Kinder	Anm.	Reaktion
05.08.2006	4027 (?)	ND				
09.08.2006	4027	ND	3.	10	„Eine PK von 4027 wurde oberärztlich angeordnet auf die 4028 abgestellt.“	Aushilfe durch 1 PK von 4010
14.10.2006	4027	SD	3	6	5 beatmet, 1 Herzinsuffizienz	1 Aushilfe von 4010
04.03.2007	4027	FD	2			
28.03.2008	4027	SD	2	11	5 beatmet, Aufnahme/ Verlegung	1 Aushilfe von Stat. 3
28.03.2008	4027	ND	2	11	5 beatmet	
02.05.2008	4027	FD	3			
04.05.2008	4027	FD	2	13	3 beatmet, 1 Austausch-transfusion, 1 cito-sectio[111] 25.SSW, 14.Kind mittags aufgenommen „Kinder konnten nur notdürftig versorgt werden.“	2 Extrawachen aus der KiKli

[109] CPAP = Atemunterstützung (Constant Positive Air Pressure). Form der Beatmung, die Spontanatmung des Patienten durch Überdruckmaske oder Tubus unterstützt
[110] sectio = Kaiserschnitt
[111] cito-sectio = Notfall-Kaiserschnitt

09-12.05. 2008	4027	ND				1 Einbestellung einer Extrawache
31.05.2008	4027	ND	2	12		1 Einbestellung einer Extrawache
05.07.2008	4027	ND	2	15	„15 Kinder davon 4 mit Atemhilfe, 2 Aufnahmen über Nacht“	1 Flieger
12.09.2008	4027	ND	2	13	„13 Kinder davon 4 mit Atemhilfe, 1 hochintensives Kind“	1 Einbestellung einer Extrawache
13.09.2008	4027	ND	2	13	„13 Kinder davon 2 Beatmete, 4 mit Atemhilfe, davon 2 nachts beatmet“	1 Einbestellung einer Extrawache
27.12.2008	4027	SD /N D	3/2			
28.12.2008	4027	ND	3/2			
30.12.2008	4027	FD	3	15		KPL: „Durch Erkrankung von Mitarbeiterinnen war die Schichtbesetzung reduziert. Es wurde versucht durch Verlegung die Station zu entlasten. Da ich nicht informiert war, wurde der mögliche Einsatz von Extrawachen nicht geprüft.“
30.12.2008	4027	ND	3	10/ 15	„Anfangs 10 Pat., nachts 5 Aufnahmen, 7 instabile beatmete FG“	KPL: „Die Mindestbesetzung war gewährleistet. Das erhöhte Arbeitsaufkommen entstand durch die vorher nicht absehbaren fünf Aufnahmen.“
31.12.2008	4027	FD	3	14	„14 Kinder, davon 3 mit Beatmung“	

Station 4027, Jahr 2009

Datum	Station	Schicht	PK	Kin der	Anm.	Reaktion
01.01.2009	4027	FD	3	14	„14 Kinder, davon 3 beatmet“	KPL: „Durch Erkrankung von Mitarbeiterinnen war die Schichtbesetzung reduziert. Da ich nicht informiert war, wurde der mögliche Einsatz von Extrawachen nicht geprüft.“
01.01.2009	4027	SD	3	14	„14 Kinder, davon 3 beatmet“	KPL: „Durch Erkrankung von Mitarbeiterinnen war die Schichtbesetzung reduziert. Da ich nicht informiert war, wurde der mögliche Einsatz von Extrawachen nicht geprüft.“
02.01.2009	4027	FD	4	14	„14 Kinder, davon 3 beatmet. 4 Verlegungen. 1 Aufnahme“	KPL: „Durch Erkrankung von Mitarbeiterinnen war die Schichtbesetzung reduziert. Da ich nicht informiert war, wurde der mögliche Einsatz von Extrawachen nicht geprüft.“
03.01.2009	4027	FD	4	11	„11 Kinder, davon 3 beatmet. 1 Aufnahme beatmetes Kind“	KPL: „Durch Erkrankung von Mitarbeiterinnen war die Schichtbesetzung reduziert. Da ich nicht informiert war, wurde der mögliche Einsatz von Extrawachen nicht geprüft.“

05.01.2009	4027	FD	3	14	„14 Kinder, davon 3 mit Beatmung“	KPL: „Durch Erkrankung von Mitarbeiterinnen war die Schichtbesetzung reduziert. Da ich nicht informiert war, wurde der mögliche Einsatz von Extrawachen nicht geprüft.“
21.02.2009	4027	SD	2		„2 beatmete Kinder, davon eines, welches im Sterben lag. 2 CPAP Kinder. 1 Kind einer Methadonsubstituierten mit starkem Entzugssyndrom“	KLP: „11 Kinder wurden auf der Station versorgt. Es waren drei Examinierte von der Station, eine examinierten Kinder-krankenschwester aus der Fachweiterbildung KWB und eine Auszubildende im Spätdienst geplant. Eine examinierte Kollegin fiel krankheitsbedingt aus. Am Freitag war die Einschätzung, dass mit dieser Besetzung die Versorgung möglich sei. Der hohe Arbeitsanfall resultierte daraus, dass der Zustand eines Kindes sich massiv verschlechterte und dann die Sterbephase begleitet wurde.“

Station 4027, Jahr 2010

Datum	Station	Schicht	PK	Kin der	Anm.	Reaktion
07.02.2010	4027	FD	3	13	Bei 12 Planbetten	„Oberschwester wurde am 6.2.10 informiert. Konnte keine Lösung anbieten. Station 4028 konnte keine Kollegin zur Aushilfe schicken. Alle angerufenen Kolleginnen / Extrawachen konnten nicht aushelfen!“
21.10.2010	4027	ND	2	12	Bei 16 Planbetten 4 intubierte, 2 CPAP-Kinder	
23.10.2010	4027	FD	3	10	Bei 16 Planbetten „Von vornherein unterbesetzt. Von den 10 Betten 3 beatmete Patienten, 2 CPAP Kinder, 2 sehr aufwändige kranke Kinder“	
24.10.2010	4027	FD	3	10	„unter Mindestbesetzung. Geplant unterbesetzt, 6 beatmete Kinder (davon 3 extrem kl. FG/ 25. SSW), 3 sehr kranke Kinder mit hohem Arbeitsanfall, Verlegung/ Transport eines Kindes“	
27.10.2010	4027	SD	3	14	„4 sehr kl. FG – beatmet, 3 sehr kl. FG m. CPAP versorgt, 7 weitere Kinder m. lebensbedrohlichen Erkrankungen.“	
28.10.2010	4027	SD	3	15	„4 sehr kl. FG – beatmet, 3 sehr kl. FG m. CPAP versorgt, 7 weitere Kinder m. lebensbedrohlichen Erkrankungen, inklusive 2 Aufnahmen.“	
05.11.2010	4027	ND	3	16	„6 beatmete Kinder (2 davon war eine ständige Anwesenheit der Schwester erforderlich - Sitzwache) 1 Kind unter max. Therapie (NO / Insulin ect.) 3 Kreißsaal Einsätze, davon 2 Aufnahmen. 1 Reintubation.“	1 Extrawache
06.11.2010	4027	ND	4	16	„5 beatmete Patienten. Zwei davon war die ständige Anwesenheit der Schwester	

					nötig – Sitzwache. Nachbetreuung eines verstorbenen Patienten“	
08.12.2010	4027	SD	3	11	„8 beatmete Kinder“	
09.12.2010	4027	ND	2+ 1	11	„7 beatmete teils instabile (sehr) Frühgeborene, bei denen eine adäquate Versorgung in einer Notfallsituation nicht möglich gewesen wäre, da eine Kollegin mit Ärztin einen Einsatz im Kreißsaal hatte. Da die flexibel einzusetzende Mitarbeiterin keine Einweisung in Beatmungsgeräte u beatmeten Kindern sowie Kreißsaal hatte. Da solche Situationen aus der Vergangenheit keine Seltenheit sind und diesbezüglich schon Gespräche gelaufen waren mit dem Ergebnis dass die als dritte eingesetzte Mitarbeiterin in allen Belangen eingewiesen sein muss, um in Notfallsituationen adäquat handeln zu können.“	

Station 4027, Jahr 2011

Datum	Station	Schicht	PK	Kin der	Anm.	Reaktion
07.04.2011	4027	FD	4	16		„Stationspflegeleitung hat alle Kolleginnen angerufen. Es ist Ferienzeit, niemand erreichbar, oder keine Kinderbetreuung. Stationspflegeleitung als 3. Examinierte Kraft eingesprungen.“
29.04.2011	4027	FD		9	„Mindestbesetzung 4 Ex. in der Frühschicht, durch Krankheit 2 Ausfälle, 2 Ex. und die Stationspflegeleitung, bei 4 Beatmungskindern und aufwändigen Fütterkindern (3) und Verlegungen auf andere Stationen.“	
05.05.2011	4027	SD	3	14	„4 beatmete Kinder. 10 weitere Kinder mit lebensbedrohlichen Erkrankungen. Hoher Pflegeaufwand. 1x Kreißsaaleinsatz mit 50 min. Anwesenheits-pflicht. 1x Neuaufnahme.“	
28.09.2011	4027	ND	3	13	„6 Kinder mit CPAP-Atemunterstützung, 4-5 Patienten pro Schwester. Neuaufnahmen sind da theoretisch nicht möglich, ab 3 Uhr 1 Schwester kontinuierlich bei 1 Patienten mit Dauerapnoe[112]/Infektion.“	
14.10.2011	4027	SD	3	7	1 Mitarbeiterin ausgefallen wg. Ersatz-Einsatz auf Station 4028. „Isolation eines sehr intensiven, pflegeaufwändigen Kindes, bei Anwesenheitspflicht einer Schwester. Zusätzlich CPAP-pflichtige Kinder, ein intensivpflichtiges intubiertes Kind und Mutterberatung – Begleitung – Unterstützung. 1 Kollegin erst ca. ½ Jahr	

[112] Apnoe = Atemstillstand

					auf Station + eine Aushilfe von der 4028 durch Krankheitsfall auf Station.“	
15.10.2011	4027	SD	3			
22.10.2011	4027	SD	3	11	„Extrem hoher Arbeitsaufwand (…) 11 zu versorgende Kinder davon 2 Kd. Mit CPAP (…) Isolierzimmer, darin: 1 Kind mit CPAP-Atemunterstützung, 1 Kd musste in dieses Zimmer mitaufgenommen werden (…) 1 Kind zur Versorgung bei einer HIV-positiven Mutter (…) konstante Anleitung der Eltern durch hohen Arbeitsaufwand nicht möglich – potentielle Gefahr der Keimverschleppung – ohne die Hilfe der Eltern wäre die Grundversorgung der Kinder nicht zu gewährleisten.“	
22.10.2011	4027	ND	3	11	„Isolationszimmer, 4 Kinder mit CPAP“	
23.10.2011	4027	ND		11	„Isolationszimmer, 5 Kinder mit CPAP“	
24.10.2011	4027	ND	3	13	„2 Kinder sectioniert und aufgenommen (…) 2 Kinder in Isolierung bei ESBL-Besiedlung (…) 5 Kinder mit CPAP-Atemhilfe / pro Schwester 5-6 Kinder zu versorgen.“	1 PK nach Rufbereitschaft 21.40 – 2.30 anwesend
25.10.2011	4027	ND	3	11	„2 Kd. In Isolierung bei ESBL-Besiedlung – 1 Schwester. 1 Kd extremer Aufwand: Intub., 2 x Drainage, 4 x Röntgen, 1 x Kathederanalge. Versorgung von 21-3 Uhr kontinuierlich von einer Schwester.“	
26.10.2011	4027	ND	3	11	„2 Kinder mit ESBL-Besiedlung in Isolierungszimmer (…)“	
31.10.2011	4027	ND	4	14	„3 geöffnete Zimmer, davon 1 Isolierungszimmer ESBL-Klebsiellen mit 4 Kindern belegt. Davon 1 Kind intubiert + Sepsis + Katecholamine[113], 1 Kind CPAP (…) um 1.45 Uhr kleines Frühgeborenes der 25. SSW geboren. NVK-Anlage, Röntgen, intubiert + beatmet. Zwillinge – einer CPAP-Atemhilfe (…)“	

Station 4027, 2012

Datum	Station	Schicht	PK	Kinder	Anm.	Reaktion
03.02.2012	4027	SD	3	6	„Eine Aufnahme um 14 h eines reanimationsbedürftigen Säuglings (…) erschwerte Aufnahmebedingungen aufgrund fehlender Materialien (…)	
20.02.2012	4027	SD	3	9	„9 Kinder, davon 4 Kinder mit CPAP-Atemhilfe (…)1 Kind mit Thoraxdrainage, hoher Pflegeaufwand (…)“	
20.02.2012	4027	ND	3	9	„2 intubierte beatmete kleine Frühgeborene 24 SSW, 5 CPAP beatmete instabile Kinder, 2 Frühgeborene mit hohem Pflegeaufwand“	
25.02.2012	4027	SD	4	10	„Zeitraum d. erneuten ESBL-Krise. Isolationszimmer: 24.SSW, red. AZ, beatmet. Kohorte: 6 Pat., 24.SSW (…), 28.SSW (…). „sauberes Zimmer“: Kd. mit Asphyxie, 24.SSW mit CPAP, 34. SSW.“	

[113] Katecholamine = Herz-Kreislauf-Mittel (z.B. Adrenalin)

25.02.2012	4027	FD	4	10	„Zimmerpflege, bei 3 Pat.Zimmern, davon 1 Isolationszimmer. Cito-Sectio bei reanimationspflichtigem Kd., 2 Pflegekräfte im Kreißsaal eingebunden, auf Station 2 Pflegekräfte bei 9 Kd. zuständig (davon 3 Kd. beatmet, instabil), kompl. Aufrüstung Bettplatz samt Beatmungsgerät. Versorgungsgeschehen Zugang: 1 Schwester zuständig (alleinig), Hinzuziehung 2er Oberärzte um Versorgung der anderen Pat. gewährleisten zu können (…)“	

In der zeitlichen Zusammenschau auffällig ist, dass die Überlastungsanzeigen auf der Station 4027 ab Ende 2008 **fast vollständig in 5 Phasen fallen:**

- Dezember 2008/ Januar 2009, vor dem Ausbruch Januar 2009
- Oktober-Dezember 2010, ohne zeitlichen Zusammenhang mit einem bekannten Ausbruchsgeschehen
- April/Mai 2011, vor und während dem erneuten Einsetzen der Infektionswelle
- September/Oktober 2011, vor und nach dem Wiederauftreten des Keims nach der „Pause“ zwischen dem 7.9.2011 und dem 12.10.2011
- Februar 2012, parallel zum erneuten Ausbruch ab 21. Februar 2012

Die Überlastungsanzeigen aus dem Oktober 2011 und dem Februar 2012 zeigen auch deutlich, **dass es nicht gelang, nach dem jeweiligen erneuten Keimauftreten durch entsprechenden Personaleinsatz eine zuverlässige, sichere Pflegesituation zu schaffen.** Gerade unter der Bedingung einer erkannten Keimsituation stieg die Personalbelastung enorm an, weil Isolierzimmer und eine teilweise 1:1-Betreuung angeordnet wurden, die Belastungssituation für die anderen Pflegekräfte dadurch aber desto mehr zunahm.

1.8. Nichtbeachtung von Warnhinweisen

Die pflegerische Unterversorgung der Frühgeborenen-Station war bekannt, ebenso die Tatsache, dass damit eine Gefährdung der Patientensicherheit vorlag. **Alle Verantwortlichen wussten seit längerem davon oder hätten davon wissen können,** wenn sie zugängliche Informationen genutzt hätten. Die Liste der Warnhinweise war lang und reichte weit zurück.

Am **21.09.2010** befasste sich der Aufsichtsrat der GeNo mit den „Ergebnissen der Personalbedarfsermittlung“, die von der Firma KPMG vorgenommen worden war[114] und in Form einer Präsentation vorgestellt wurde.[115] Am **22.11.2010** befasste sich dann der Aufsichtsrat des KBM mit den „Ergebnissen der Personalbedarfsermittlung“[116]. Im AR wurden die Ergebnisse der „erlösorientierten Personalbedarfsermittlung“ für das KBM in einer ausführlichen Präsentation detailliert stationsbezogen dargestellt.[117] Darin war

[114] Protokoll der AR-Sitzung GeNo, Band 60, S. 85
[115] Band 60, S. 52 ff.
[116] „Frau Wendorff informiert mittels Power Point Präsentation im Einzelnen über die Personalplanung, Personalkennzahlen sowie Planungssystematik im KBM“. Protokoll der AR-Sitzung KBM, Band 60, S. 162
[117] Band 60, S. 138 ff.

enthalten, dass die „Kinderklinik intensiv“, d.h. die Stationen 4027 und 4028 zusammen, selbst nach Maßstäben von KPMG um 5 pflegerische Vollkräfte unterbesetzt war.[118]

Dieser Befund war auch in den Verhandlungen Gegenstand, die im Frühjahr 2011 zur Personalbesetzung in der Kinderklinik stattfanden, zwischen Kinderklinik-Leitung, Zentrumsleitung, KBM-Geschäftsführung und GeNo-Leitung.

> „Angesichts der geschilderten Unterbesetzung selbst im Vergleich zu den KPMG-Zahlen haben Sie empfohlen, 3 Stellen in der Professor-Hess-Kinderklinik/Allgemeinpädiatrie zu besetzen.“[119]

Die KPMG-Zahlen waren also auch im Detail Thema. Allerdings thematisierte die Leitung der Kinderklinik hierbei nur die ärztliche Unterbesetzung und im Wesentlichen nur die 4028.

Am **9.11.2010** wandte sich der leitende Oberarzt der Kinderklinik direkt an den GeNo-Geschäftsführer:

> „In meiner Doppelfunktion als leitender Oberarzt und als Vertreter der Klinikärzte im Berufsverband der niedergelassenen Kinderärzte Bremens bin ich auch Mitglied der Bremer Akademie für Kinder und Jugendmedizin. Diese hat zuletzt am 4.11.2010 getagt. Hier war ein großes Thema die Situation in der Pflege und ärztlicher Versorgung an den Bremer Kinderkliniken. (…) So scheint mir die Personalsituation des gegründeten Eltern-Kind-Zentrums (…) problematisch (…) Es ist meiner Meinung nach richtig und konsequent, die Neonatologie, wie erfolgt, zu bündeln. (…) Wenn aber pflegerische oder ärztliche Mangelsituationen hierdurch entstehen (…) entsteht eine missliche Lage. Dies erscheint als Qualitätsminderung für die einweisenden Kollegen (…) Diesbezüglich wird nun von den Zuweisern der kritische Druck erhöht und nach Erklärung gefragt.“[120]

Am **11.02.2011** wandten sich die Assistenz- und Fachärzte der Kinderklinik Links der Weser in einem Schreiben an den Chefarzt der Kinderklinik LdW, an den Geschäftsführer der GeNo und an die Pflegedienstleitung LdW, in dem sie explizit die personelle Unterbesetzung in der Pflege kritisieren und vor den Folgen warnen:

> „da aus unserer Sicht eine adäquate Patientenversorgung in der Kinderklinik durch die personelle Unterbesetzung im Bereich der Pflegekräfte nicht mehr jederzeit möglich ist. Dieser Zustand ist eingetreten, obwohl wiederholt von verschiedenen Seiten auf das Problem hingewiesen worden ist. (…) Wir sehen mit großer Sorge, dass infolge der Verknappung von Pflegekräften die Funktionsfähigkeit von Bereichen bedroht ist und es zu strukturell organisatorischen Defiziten kommt, die wir als gefährdend für die Patienten einstufen. Im Falle einer Schädigung besteht aus unserer Sicht ein Organisationsverschulden. (…) Es ist im Interesse der Patienten unsere Pflicht, mit diesem Schreiben abermals auf die Ihnen bereits bekannten Missstände hinzuweisen. Wir lehnen die medizinische Verantwortung für eine durch die geplant herbeigeführte personelle Unterbesetzung der Pflegekräfte verursachte Gefährdung unserer Patienten ab. (…) Wir bitten Sie zudem mit Nachdruck darum, Lösungen herbeizuführen, damit wir wieder mit gutem Gewissen und ohne eine potentielle Gefährdung der Kinder unserer ärztlichen Tätigkeit nachgehen können.“[121]

---

[118] Band 60, S. 155

[119] Mail Hans-Iko Huppertz an Brigitte Kuss, Robert Pfeiffer und Daniela Wendorff vom 2.03.2011, CC an Angela Dick und Diethelm Hansen, Band 58, S. 367

[120] Mail Wolfgang Marg an Diethelm Hansen vom 9.11.2010, Band 63, S. 10

[121] Band 61, S. 14 ff.

Am **16.02.2011** legte die Firma GREEN & IBEX den bei ihnen beauftragten Zertifizierungsbericht nach KTQ für das KBM vor. Darin finden sich u.a. Feststellungen wie diese:

> „Die Personalbedarfsplanung ist weniger von leistungsbezogenen Kennzahlen als vom Sanierungsplan der GeNo bestimmt.“[122]
>
> „Die nationalen Expertenstandards sind nicht vollständig eingeführt und umgesetzt. Wie beispielsweise Änderungen von Leitlinien sich auf die Standards für das Pflegepersonal auswirken (…) wird nicht deutlich.“[123]
>
> „Eine systematische Evaluation der Pflegestandards wird nicht deutlich. Eine Pflegeplanung wird nicht erstellt.“[124]
>
> „Ärztliche und pflegerische Aufsicht wird dem Zustand des Patienten und dem Gefährdungsgrad nicht in allen Bereichen angepasst. Die im Neugeborenenbereich implementierten Sicherheitseinrichtungen (…) sind unzulänglich (…) Während der Visitation fiel auf, dass Patienten unbeaufsichtigt vor Untersuchungsbereichen im Flur standen, unter anderem ein Säugling im Kinderbett.“[125]
>
> „Inwiefern auf Überlastungsanzeigen zeitnah Maßnahmen eingeleitet werden, konnte nicht umfassend dargestellt werden.“[126]
>
> „Zielzahlen zu Infektionen oder anderen hygienerelevanten Daten (z.B. Verbrauch von Händedesinfektionsmitteln) sind nicht festgelegt.“[127]

Am **21.02.2011** schreibt ein weiterer Oberarzt der Kinderklinik an GeNo-Geschäftsführer Diethelm Hansen:

> „ich wende mich heute direkt an Sie, da die Funktionsfähigkeit der Klinik für Pädiatrische Intensivmedizin und Neonatologie ganz akut gefährdet ist. Die Zahl der zur Verfügung stehenden Mitarbeiter reicht nicht aus, um alle drei Standorte ärztlich zu betreuen. (…) Obwohl alle Mitarbeiter in den letzten Monaten teilweise bis an die Grenzen ihrer physischen und psychischen Belastung gegangen sind, wird uns lediglich mitgeteilt, dass unsere Leistungszahlen nicht ausreichend sind. (…) Fernab dieser Geringschätzung haben wir jetzt den Punkt erreicht, wo wir nicht mehr in der Lage sind, die Intensivversorgung der Pädiatrie in Bremen sicherzustellen.“[128]

Im Protokoll der Hygienekommission vom **7.03.2011** ist festgehalten:

> „Die personelle Situation auf den Stationen ist bei der Pflege und bei der Reinigung an ihrer Belastbarkeitsgrenze angekommen.“[129]

In den **Überlastungsanzeigen** aus verschiedenen Bereichen des KBM wird auch auf die hygienischen Konsequenzen der personellen Unterbesetzung hingewiesen:

> „3 PK, 11 Pat., versuchter Suizid (Messer entwendet)

---

[122] Band 10, S. 294
[123] Band 10, S. 278
[124] Band 10, S. 285
[125] Band 10, S. 319
[126] Band 10, S. 300
[127] Band 10, S. 312
[128] Band 58, S. 356 f.
[129] Band 24, S. 320

> Betten eines adipösen Pat. (…) Verlegung und notfallmäßige Aufnahme eines instabilen durchgängigen Pat. (…) zusätzlich mehrere andere durchgängige Pat. die trotz Fixierung Zugänge etc. ziehen (…) Lt. Frau T. die informiert wurde Rückverlegung eines MRSA-freien Pat. in das MRSA-Zimmer, sämtliche Hygienemaßnahmen (MRSA) wurden durch die Notfallsituation [übergangen]“[130]

> „2 PK, 9 Pat., inkl. MRSA/ESBL-Pat. 4 tracheotomierte, 2 Pat. im Durchgang → korrekte Hygiene nicht möglich”[131]

> „Durch die vielen alkoholisierten Pat. wurde in die Zimmer und auf die Untersuchungsliegen uriniert, geblutet und erbrochen. Wenn unter diesen Umständen auch noch über 2 Stunden an Verwaltungsaufgaben in Anspruch genommen werden, kann die adäquate Pat.-Versorgung, die Durchführung hygienischer Maßnahmen, der Selbstschutz und die Überwachung intensivpflichtiger Patienten nicht mehr gewährleistet werden.“[132]

> „Gefährliche Pflege in der Notfallambulanz?? (…) 4 Pat. mit SAB. Junger Pat. mit Herzinfarkt v. Ärztl. Notdienst. Messerstichverletzung (wieder Täter u. Opfer i.d. NFA). 2 Pat. mit Treppenstürzen. Stroke-Patienten (…) Verwaltungstätigkeit! Freitagach 17 Fallartwechsel. Sonnabendnacht 18 Fallartwechsel: ausgeführt durch das Krankenpflegepersonal. Dieser Zeitaufwand fehlt dann bei der Versorgung der Patienten und bei der Kommunikation mit Angehörigen! (…) Putzarbeiten und Materialauffüllen der Verbandswagen ist nur bedingt oder gar nicht zu leisten. Pauseneinhaltung war überhaupt nicht machbar!! (nach der Übergabe um 6.30 ist der Hunger verebbt).“[133]

> “25 A3-Patienten, Schwerstpflegefälle, Magensonden, keine Versorgungsassistenten, 1 Aufnahme → zur Begründung kommen Sie gerne mal auf Station und machen sich selbst ein Bild!”[134]

Am **14.04.2011** schickte der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte KV Verden eine „Stellungnahme“ an GeNo-Geschäftsführer Diethelm Hansen, die Leiter der Kinderkliniken Mitte, Nord und LdW sowie an die Presse. Unter dem Titel „Kinder- und Jugendärzte schlagen Alarm“ Stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Bremen in Gefahr!“ heißt es:

> „Die derzeitige Sanierungsstrategie in der Gesundheit Nord betrifft die gesamte krankenhausgebundene Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Bremen. Die Auswirkungen werden aus Sicht der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte derzeit in alarmierendem Umfang deutlich. Mit großer Sorge beobachten die einweisenden Kinder- und Jugendärzte, wie die permanente Überlastung der Mitarbeiter im Krankenhaus zu vermeidbaren Risiken für die behandelten Kinder und Jugendlichen führt. Dies bekommen wir zunehmend von den Patienten-Eltern als Rückmeldung.“[135]

Am **29.04.2011** schreibt erneut Lasch an die Pflegerische Geschäftsführung, in CC an die Zentrumsleitung, den Leiter der Kinderklinik Mitte und die Klinikpflegeleiterin:

---

[130] Überlastungsanzeige vom 18.05.2011, Spätdienst, Station 4128, Chirurgische Intensivüberwachung. Band 165, S. 103

[131] Überlastungsanzeige vom 1.10.2011, Nachtdienst, Station 4128, Chirurgische Intensivüberwachung

[132] Überlastungsanzeige vom 8.07.2011, Nachtdienst, Notfallambulanz. Band 164, S. 35

[133] Überlastungsanzeige vom 1.-3.07.2011, Nachtdienst, Notfallambulanz. Band 164, S. 39 ff.

[134] Überlastungsanzeige vom 13.03.2011, Frühdienst, Stroke Unit. Band 163, S. 96

[135] Band 61, S. 37 ff.

„Die Pflegesituation auf der 4027 ist katastrophal. Daran ändert auch Ihr Schreiben nichts (…) Neben der Quantität muss leider auch die Qualität angesprochen werden. Die Zahl der Pflegenden mit Intensivkurs liegt deutlich unter den geforderten 40%, wir Ärzte erleben darüber hinaus dass ganz erhebliche pflegerische Defizite die Versorgung der extrem kleinen Frühchen gefährden. (…) muss m.E. eine Mindestbesetzung von 4 Pflegekräften pro Schicht als Minimalziel in Kürze erreicht werden, die qualifizierte Fachweiterbildung stärker vorangetrieben werden.“[136]

Am **15.06.2011** schreiben die Assistentensprecher der Kinderklinik im Auftrag der Assistentenschaft an Diethelm Hansen und den damaligen Kaufmännischen Geschäftsführer der GeNo, Jürgen Richter, im CC an die Zentrumsleitung, den Leiter der Kinderklinik und den Staatsrat für Gesundheit Hermann Schulte-Sasse. Darin geht es allerdings vorwiegend um die ärztliche Besetzung.

„Wenn wir hören, dass die Stellenkürzung u.a. damit gerechtfertigt wird, dass lediglich eine ‚Anpassung an das bundesdeutsche Niveau‘ (wie derart sinngemäß von PD Dr. Hansen im Fernseh-Interview mit Radio Bremen am 30.3. geäußert) stattfindet, so muss zu bedenken gegeben werden, dass erstens solche Anpassungen wohl stets nach unten vorgenommen werden (…) und zweitens wir als Haus der Maximalversorgung Patienten mit komplexeren, schwereren und z.B. selteneren Krankheitsbildern betreuen (…)Es darf daher keine simple ‚Extrapolation‘ derartiger Stellenschlüssel vorgenommen werden. (…) Wir AssistentInnen der Prof.-Hess-Kinderklinik lieben alle unseren Beruf (…) Wir sind aber nun an den Punkt gekommen, wo wir dies den kranken Kindern und uns selbst gegenüber nicht mehr verantworten können.“[137]

Am **22.08.2011** schreiben die 4 Oberärzte und 5 Pflegeleitungen der Kinderklinik an Hansen, Wendorff, Kuss, Peter, Thiele, Huppertz, Pfeiffer:

„Versuch einer Situationsbeschreibung in der Klinik für Pädiatrische Intensivmedizin und Neonatologie

(…) Die Station wurde von 12 auf 16 Betten aufgestockt, seitdem die anderen Kinderkliniken der GENO keine sehr kleinen Frühchen mehr behandeln.

Diese Aufstockung ist ohne entsprechende Personalanhebung erfolgt. Dies geschah auch mit dem Wissen, dass schon zum Zeitpunkt der 12-Bettenstation kein ausreichendes und qualifiziertes Personal vorgehalten wurde. Die steigende Zahl von sehr kleinen FG wird also von nicht genug und nicht ausreichend qualifizierten Schwestern versorgt. Dies wurde von uns wiederholt der Geschäftsführung vorgetragen, hat aber zu keinerlei Konsequenzen geführt. Dauerkranke Pflegemitarbeiter und Schwangere werden nicht ersetzt, eine Weiterqualifizierung der Pflege, wie sie die Statuten des Level-1-Status fordern, wird wissentlich ignoriert. (…)

Es wird von der Geschäftsleitung immer wieder vorgetragen, dass der Personalschlüssel auf der Intensivstation über dem Durchschnitt vergleichbarer Häuser liege. Dies ist eindeutig falsch und wird durch Wiederholung nicht richtiger. (…) Die Zahl der Pflegekräfte auf der neonatologischen Intensivstation ist nicht nur nicht ausreichend, sie gefährdet u.E. zur Zeit unsere Patienten.

Als beispielhaft sei ein Wochenende im Juli 2011 angeführt, wo absehbar nur 2 Pflegekräfte im Dienst zur Verfügung standen. Diese 2 Pflegekräfte mussten neben der

[136] Band 58, S. 324
[137] Band 58, S. 326 ff.

> Intensivstation auch die Geburten im Kreissaal mitversorgen. Hier war eine Grenze überschritten worden, wir haben die Gefährdung unserer Patienten in Kauf genommen.
>
> Die Stationsleitungen verbringen inzwischen den größten Teil des Tages damit, Mitarbeiter aus dem Frei zu holen, da die Schichten nicht mehr ausreichend besetzt sind. Die Bereitschaft der Mitarbeiter auszuhelfen sinkt, da es sich nicht mehr um einen Notfall sondern einen Normalfall handelt. (…)
>
> Wir sind nun an dem Punkt angekommen, wo wir unsere sinkende Motivation und die unserer Mitarbeiter so deutlich spüren, dass wir einen erneuten – vielleicht den letzten Versuch unternehmen – die prekäre Situation innerhalb der eigenen Wände anzusprechen und auf Ihre Hilfe zu hoffen.“[138]

Mit der KRINKO-Richtlinie zur Neonatologie hatten sich Leitung, OberärztInnen und Pflegeleitungen der Kinderklinik bereits im November 2007 befasst. Im Protokoll einer „interprofessionellen Besprechung“ vom **14.11.2007** heißt es:

> „Die aktuellen Empfehlungen des RKI für Neugeborene < 1500 g werden vor Ort diskutiert werden.“[139]

Den Verantwortlichen war auch bewusst, dass die Nichteinhaltung von Richtlinien zur Personalausstattung nicht nur medizinisch, sondern auch ökonomisch Folgen haben kann und dass man sich hier nicht auf der sicheren Seite befindet.

> „In diesem Zusammenhang möchte ich darauf aufmerksam machen, dass es den Fall einer niedersächsischen Kinderklinik gab, in der die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses mit 3 Vollzeitbeschäftigten Mitarbeitern im Besitz der Weiterbildung in pädiatrischer Hämatologie/Onkologie unterschritten wurde. Eine nahe gelegene Kinderklinik hat diesen Tatbestand bei den Kassen angezeigt und daraufhin wurden der genannten Kinderklinik mehrere 100.000 Euro gestrichen, weil die Vorgaben des GBAs nicht eingehalten worden seien.[140]
>
> „Auf den GBA-Beschluss zum Personalschlüssel Pädiatrische Onkologie hatte ich hingewiesen. (…) Die derzeitigen personellen Vorhaltungen auf der St. 5 dürften dem nicht Rechnung tragen. Ähnliches gilt, wie von Herrn Prof. Huppertz erwähnt, auch für die Neonatologie.“[141]

1.9. Personalplanung für die Neonatologie

Die Personalplanung für die Neonatologie basierte seit 2010 – wie für die GeNo insgesamt – auf einer Personalbedarfs-Berechnung der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft KPMG, die auf der Basis der Zahlen von 2008 durchgeführt wurde. Das Ergebnis dieser Bedarfsplanung lag dem Aufsichtsrat der GeNo in seiner Sitzung am 21.09.2010 vor.[142]

Die KPMG-Ergebnisse beinhalten grundsätzlich, getrennt nach Dienstarten, drei verschiedene Personalzahlen:

---

[138] Band 63, S. 118 ff.
[139] Krankenhaushygiene, Interprofessionelle Besprechung der Neo-Kiss Daten 2006 bis Oktober 2007, Sitzung am 14.11.2007, Band 83, S. 248
[140] Schreiben Hans-Iko Huppertz an Diethelm Hansen vom 6.10.2010, Band 63, S. 3
[141] Mail Christian Lorenz (Kinderchirurgie) an Birgit Kirschnik vom 15.02.2011, Band 63, S. 31
[142] Band 60, S. 52 ff.

- das Ist, d.h. die Anzahl der im Jahr 2008 im Jahresdurchschnitt beschäftigten Vollkräfte;
- das leistungsorientierte Soll, d.h. die nach den Vergleichsdaten der KPMG-Datenbank durchschnittlichen Personalzahlen für den erbrachten Leistungsumfang;
- das erlösorientierte Soll, d.h. die in der DRG-Kalkulation der InEK enthaltenen Personalbudgets umgerechnet auf VK.

Für den Bereich der Pflege wurden von KPMG keine Vergleichsdaten verwendet beim leistungsorientierten Soll. Hier werden die in der 1992-1996 gültigen Pflegepersonalregelung (PPR) des Gesundheitsstrukturgesetzes herangezogen und um einen pauschalen Abschlag von 34,2 % gekürzt:

> „Der PPR-Wert gilt als allgemein zu hoch und wird um 30% und die nicht umgesetzte 4.Stufe (4,2%) verringert, was eine angemessene Stationsversorgung ermöglicht (pflegerisch und wirtschaftlich).“[143]

Während im Aufsichtsrat GeNo nur Gesamtzahlen für die vier GeNo-Krankenhäuser vorgestellt wurden, enthielt die Präsentation im Aufsichtsrat KBM am 22.11.2010 Zahlen nach „Organisationseinheiten“.[144] Für den Bereich „Kinderklinik Intensiv“ (d.h. die beiden Intensivbereiche 4027 und 4028 zusammen) wird darin als „Ist“ 2008 Pflegedienst 53,13 VK angegeben, als (leistungsorientiertes) „Soll“ 58,07 VK[145].

Selbst nach den Ergebnissen von KPMG war die „Kinderklinik Intensiv“ demnach mit 5 VK unterbesetzt, und zwar im Jahr 2008, vor der Aufstockung der Bettenzahl in der Neonatologie von 12 auf 16.

Dies hatte jedoch keinen Einfluss auf die Planung. Wenn die KPMG-Sollzahlen wirklich Grundlage der Planung gewesen wären, hätte die Zielzahl 58,07 VK bei einem Bestand von 12 Betten bzw. 77,43 VK bei einem Bestand von 16 Betten betragen müssen. Die Abschätzung anhand der Dienstpläne und der darin vermerkten Monatssollstunden ergibt jedoch (siehe Kapitel III.1.6) für beide Stationen zusammen im Jahr 2011 56 VK, die Planung sah für Ende 2011 einen Bestand von 52 VK vor.[146]

Nichtbesetzung freiwerdender Stellen hat dagegen für die personelle Unterbesetzung in der Neonatologie keine sichtbare Rolle gespielt, offenbar auch nicht der Fachkräftemangel auf dem Arbeitsmarkt. So wurden 2 Pflegekräfte-Stellen in der 4027 und 3 Stellen in der 4028 unmittelbar oder sehr zeitnah wiederbesetzt.[147] Mehr Personal sah die Personalplanung nicht vor.

1.10. Verantwortung für die Unterbesetzung in der Neonatologie

In der Geschäftsanweisung für die Geschäftsführung des KBM, beschlossen von der Gesellschafterversammlung im August 2009, sind die Verantwortlichkeiten für die Personalplanung geregelt. Die ärztliche Geschäftsführung ist laut § 6 Nr. 1 verantwortlich für „die Planung, Koordinierung und Überwachung des ärztlichen Personalbedarfs und –einsatzes.“ Die pflegerische Geschäftsführung ist laut § 7 Nr. 1 verantwortlich für „die

[143] Band 60, S. 65
[144] Band 60, S. 138 ff.
[145] Band 60, S. 155
[146] Band 187, S. 48
[147] Band 57, Dienstpläne

Planung, Koordinierung und Überwachung des pflegerischen Personalbedarfs und –einsatzes sowie der Arbeitsabläufe im Pflegebereich“. Nach § 7 Nr. 3 ist die pflegerische Geschäftsführung ebenfalls verantwortlich für „die Sicherstellung (…) der pflegerischen Arbeit unter Berücksichtigung (…) anerkannter Pflegeleitlinien und –standards.“[148]

Es fällt daher in den **Verantwortungsbereich der pflegerischen Geschäftsführung**, wenn auf einer Station zu wenig pflegerisches Personal eingesetzt ist, um eine angemessene und patientensichere Versorgung zu gewährleisten oder den Empfehlungen der Fachgesellschaften oder der KRINKO Genüge zu leisten.

Allerdings hat nach § 2 Abs. IV Nr. 2 die **Geschäftsführung der GeNo** vollständiges Durchgriffsrecht:

> „Wenn der GF der GeNo einer Entscheidung der Klinikgeschäftsführung widerspricht, wird deren Durchführung aufgeschoben, bis die GF der GeNo über die Geschäftsführungsmaßnahme entschieden hat. Bestätigt sie den Widerspruch des GF der GeNo, so hat die Geschäftsführungsmaßnahme zu unterbleiben.“[149]

Das heißt, die GF der GeNo konnte jede Entscheidung der GF des KBM an sich ziehen.

Die GeNo-Leitung machte bezüglich der Personalplanung klar, dass eine Veränderung des Personalvolumens nur nach unten akzeptabel war. So hatte sich im Juli 2011 die pflegerische Geschäftsführung des KBM an den damaligen kaufmännischen Geschäftsführer der GeNo gewandt mit der Bitte den Einstellungsstopp für eine bestimmte Stationaufzuheben, weil es bereits zur Sperrung von Betten gekommen war.
Diethelm Hansen antwortete darauf am 13.Juli 2011:

> „Sehr geehrte Frau Wendorff,
> mit großer Überraschung habe ich in meinem Urlaub den unten angefügten mail-Verkehr und die Versuche Ihrerseits, meine Entscheidung über den absoluten Einstellungsstopp durch Herrn Richter aufheben zu lassen, zur Kenntnis genommen.
> Dazu in Kürze folgendes:
> 1. Der Einstellungsstopp ist nicht neu, er wurde nur aufgrund der Juni-VK-Zahlen (…) zunächst als absolut geltend festgelegt.
> 2. Auch im KBM ist im Juni ein Beschäftigungshöchststand im Pflegedienst und im MTD [Medizinisch-Technischer Dienst] erreicht. Auch im Pflegedienst liegen Sie nur noch 6 VK unter Plan. Insgesamt ist am KBM (…) keine Personalreduktion von Januar bis Juni erfolgt.
> (…) Zusammenfassend erwarte ich, dass
> 1. Auch am KBM endlich der geplante Personalabbau umgesetzt wird. (…)
> 2. Meine Entscheidungen von Ihnen akzeptiert werden und Sie nicht in meiner Abwesenheit versuchen diese Entscheidungen durch andere aufheben zu lassen.“[150]

Einstellungen mussten seit Umsetzungen des „Sanierungskonzepts“ von der GeNo-Geschäftsführung freigehzeichnet, d.h. einzeln genehmigt werden. Diese entschied somit, ob freiwerdende Stellen wiederbesetzt wurden oder im Zuge des Personalabbaus unbesetzt blieben. Das wurde unterschiedlich restriktiv gehandhabt:

> „Sebastian Wriedt regt die Überlegung an, den örtlichen Geschäftsführungen mehr Handlungsspielraum zu lassen. Lt. Frau Dr. Heidelk hat dies leider nicht funktioniert. Herr

[148] Band 203, Fach 1.2, S. 8 f.
[149] Band 203, Fach 1.2, S. 3
[150] Band 189, S. 428

> Dr. Hansen hat in den ersten Monaten des Jahres [2011] alle Ausnahmegenehmigungen freigezeichnet. Die Beschäftigtenzahlen seien nach oben geschnellt, so dass Herr Dr. Hansen wieder reagieren musste.“[151]

Am 18.11.2010 wurde vom Aufsichtsrat des KBM eine Ergänzung der Geschäftsverteilung beschlossen, in der **Sonderverantwortlichkeiten der Mitglieder der GF** festgelegt werden. Darin heißt es:

> „Personal: operative Verantwortung für das komplette Personalbudget des KBM (Stellenbesetzung, Überstunden etc.) und für das gesamte externe Personal im klinischen Bereich: Wendorff“[152]

Die pflegerische Geschäftsführung des KBM war demnach seit November 2010 zugleich die **allein Zuständige für die Bewirtschaftung des Personalbudgets und für die Stellenbesetzung.** Gleichzeitig sollten auch die Zentrumsleitungen, im Fall der Neonatologie also die Leitung des Eltern-Kind-Zentrums (die pflegerische Geschäftsführerin des KLdW), die Verantwortung für die Bewirtschaftung des Personalbudgets haben.

Auch wenn sowohl die pflegerische Geschäftsführung KBM als auch die Leitung des Eltern-Kind-Zentrums die begründete Vermutung haben konnten, dass die GeNo-Leitung eine Erhöhung des Personalbestands in der Pflege ablehnen würde, hätten sie mit diesem Anliegen vorstellig werden und es entsprechend begründen müssen. Das gilt auch für die **Leitung der Kinderklinik**. Alle drei tragen sowohl eine Verantwortung für die unzureichende pflegerische Ausstattung der 4027 als auch für die Verteilung des pflegerischen Personals zwischen den Stationen 4028 und 4027, die einseitig zu Ungunsten der 4027 ausfiel.

Die pflegerische Geschäftsführung sah auch keine Notwendigkeit, die personelle Ausstattung auf der 4027 hinsichtlich der Pflege zu verbessern. Ganz im Gegenteil sah der von ihr, in ihrer Eigenschaft als Gesamtpersonalverantwortliche für das KBM, vorgelegte Plan 2011 eine weitere Absenkung der Pflege-VK auf der 4027 auf 22 VK vor.[153]

Die GeNo- und die KBM-Leitung hatten in unterschiedlicher Weise Kenntnis von den verschiedenen Warnhinweisen (s. Kapitel III.1.9).

Der **Aufsichtsrat des KBM** hat die KPMG-Zahlen zur Kenntnis genommen und somit auch die Unterbesetzung der „Kinderklinik Intensiv“ selbst nach KPMG-Zahlen.

Von besonderer Bedeutung ist die Frage, **wer beschlossen hat, dass die Zentralisierung der Neonatologie am Standort Mitte ohne Personalaufstockung erfolgt**. Die Vorlage im **Aufsichtsrat der GeNo** vom 22.06.2009 zum medizinischen Zukunftskonzept beinhaltete, dass eine Bettenaufstockung auf jeden Fall ohne angemessene Personalaufstockung erfolgen sollte:

> „Die Kostensenkung in den singulären ressourcenorientierten Zentren resultiert aus der Zusammenfassung ressourcenorientierter Einheiten in effiziente größere Einheiten. Die Einsparung beträgt 6,1 Mio. €“[154]

In der **Anlage 2** werden die Effekte für die einzelnen Verlagerungen genau beziffert. Die Neonatologie in Mitte sollte demnach zukünftig 51 sehr kleine Frühgeborene jährlich

---

[151] Monatsgespräch KBR vom 15.08.2011, TOP 8 Arbeitsfähigkeit der Bereiche durch nicht besetzte Stellen, Band 184, S. 163
[152] Ergänzung der Geschäftsverteilung der Geschäftsführung des KBM, Band 196, Fach 3
[153] Band 187, S. 48
[154] Band 60, S. 6

versorgen, die bislang in Nord und LdW versorgt wurden, mit einem Erlösbudget von 1,9 Mio. Euro, während die zusätzlichen Kosten nur 35% betragen sollten, 654.000 Euro jährlich. Dadurch sollte ein Mehrerlös von 1,2 Mio. Euro jährlich im KBM entstehen, dem Mindererlöse von zusammen 646.000 Euro jährlich in Nord und LdW gegenüberstanden.[155] Der Effizienzgewinn konnte im Wesentlichen nur aus einer Versorgung mit weniger Personal pro Fall bestehen, als bisher. Dies wurde somit vom Aufsichtsrat am 22.06.2009 so beschlossen.[156]

Die Fachabteilung im Gesundheitsamt (Abteilung 3) hat diese Vorlage vorab zur Kenntnis genommen und dazu auf drei Seiten Anmerkungen gemacht, die sie der Abteilung Beteiligungsmanagement schickte. Darin werden Bedenken wegen der Auswirkungen auf die Krankenhausplanung und wegen eines „Abwertungskrieges“ gegenüber anderen Kliniken (außerhalb der GeNo) geäußert. Die Verschlechterung der Personal-Patienten-Relation durch die Zentralisierung, die zumindest hinsichtlich möglicher Risiken näher hätte kontrolliert werden müssen, findet dabei keine Erwähnung.[157]

Die Zentralisierung der Neonatologie war, durch die Schließung der Standorte Nord und Links der Weser, ein öffentlich stark beachteter Vorgang.

> „Dieser ganze Prozess der Zentrenbildung ist ja hoch öffentlich gelaufen. Gerade wenn es um die Neonatologie geht, erinnere ich daran, dass wir ja mehrere Veranstaltungen hatten; ich selbst bin, glaube ich, zweimal auf Beiratssitzungen in Bremen-Nord gewesen, einmal in Obervieland, in Bremen-Nord war es eine Sitzung dreier Beiräte, die sich zu dieser Sitzung zusammengefunden hatten. Das heißt, öffentlicher und kontroverser hätte man diese Debatte gar nicht führen können.“[158]

Der Senat war mit diesem Vorgang intensiv befasst. Die damalige Senatorin beantwortete ausführlich einen Brief zur Schließung der Level-1-Behandlung in Nord, indem sie die Zentralisierung verteidigte.[159] Dass die Zentralisierung in Mitte nicht nur mit einer Verschlechterung der Betreuungsrelation einherging, wie der AR-Vorlage zu entnehmen, sondern mit einer Eskalation des Betreuungsverhältnisses, weil überhaupt keine Pflegekräfte zusätzlich eingesetzt wurden (und den bisher in LdW und Nord tätigen Pflegekräften kein Angebot gemacht wurde, sie nach Mitte zu übernehmen), kann auch dem Senat, zumindest über den damaligen Staatsrat, nicht verborgen geblieben sein.

> „Da war ich natürlich auch in einer vergleichsweise idealen Situation. Gerade weil mich in Bremen viele Leute kannten, auch aus den Kliniken heraus, habe ich natürlich eine Unzahl an Anrufen bekommen, wo man mir das eine oder andere gesteckt hat und wo ich das eine oder andere verfolgen konnte. Ich war aufgrund dieser Informationsquellen manchmal besser informiert als die Geschäftsführungen.“[160]

Über die Entwicklung der Personalbesetzung hatte der Senat durch die Teilnahme am Aufsichtsrat genaue **Kenntnisse bis hinunter zur einzelnen Abteilung**.

> „Ich bin der Einzige, der in allen fünf Aufsichtsräten tätig war. Ich war sowohl Mitglied des Aufsichtsrats der GeNo als auch Mitglied der Aufsichtsräte aller vier Einzelkliniken. Wir

[155] Band 60, S. 9 und 11
[156] „Der Aufsichtsrat beschließt das anliegende Medizinische Zukunftskonzept“, Band 60, S. 7
[157] Band 60, S. 13ff.
[158] Hermann Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung 19-2639 f.
[159] Band 61, S. 40 f.
[160] Hermann Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung 19-2649

> haben in jeder Aufsichtsratssitzung - das war Anforderung des Aufsichtsrats an die jeweiligen Geschäftsführungen - eine umfangreiche Tabellensammlung, Datensammlung bekommen. In dieser Datensammlung ist die Entwicklung der Personalbestände in den einzelnen Krankenhäusern und an den einzelnen Krankenhausstandorten, auch den einzelnen Abteilungen detailliert dargelegt und immer mit den jeweiligen Jahreszielen verglichen worden, sodass wir also bestens informiert waren über die Entwicklung der Personalausstattung in den einzelnen Stationen und heruntergebrochen für die einzelnen Berufsgruppen. Mehr kann man an Informationen nicht erwarten, mehr gibt es auch nicht.“[161]

Die Anhebung der Bettenzahl ohne Personalaufstockung im Zuge der Zentralisierung wurde entschieden von der **GeNo-Geschäftsführung**. Der **Aufsichtsrat** der GeNo hat zumindest eine Anhebung der Bettenzahl bei gleichzeitiger Verschlechterung des Betreuungsverhältnisses beschlossen. Die **Geschäftsführung des KBM** hat sich die Anhebung der Bettenzahl ohne jede pflegerische Personalaufstockung zu Eigen gemacht und sogar noch eine weitere Absenkung der Personalbesetzung angestrebt.

Der **Senat** hatte vom generellen Charakter der Zentralisierung als Personalabbau Kenntnis und dies bereits in seinem Senatsbeschluss vom 24.06.2008 so vorgesehen. Über den GeNo-Aufsichtsrat, dessen Vorsitz er führt, war er an der Entscheidung des AR zum medizinischen Zukunftskonzept beteiligt und hat ihr zugestimmt. Die entsprechende Vorlage wurde sowohl in der Abteilung Beteiligungsmanagement als auch in der Fachabteilung gelesen und von letzterer kommentiert, ohne an diesem Punkt Einwände zu erheben. Von der Anhebung der Bettenzahl ohne jede Personalaufstockung hatte der Senat durch seine Teilnahme am GeNo- und am KBM-Aufsichtsrat Kenntnis.

Der Senat hat die Verschlechterung des Betreuungsverhältnisses auf der Neonatologie, die eine wesentliche Ursache des Keimausbruchs darstellt, somit vollumfänglich mitgetragen.

[161] Hermann Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung 19-2634

2. Mangelhafte Reinigung und Desinfektion

„Fragen Sie doch mal ihren Friseur ob er bei Ihnen Waschen, Schneiden, Frisieren auch in der Hälfte der Zeit und für den halben Preis erledigen kann. Die Qualität wird entsprechend sein. (…) Legen Sie einfach mal für 1 Stunde Ihren PC beiseite und reinigen Sie eine Bürofläche von nur 200 m² so sauber, wie Sie es von Ihrem Reinigungsunternehmen erwarten. Sollten dann noch der Meinung sind, das diese Arbeit nichts wert ist… Wie lange brauchen Sie eigentlich für ihre 100 m² Wohnung bis diese richtig sauber ist?“[162]

„Die personelle Situation auf den Stationen ist bei der Pflege und bei der Reinigung an ihrer Belastbarkeitsgrenze angekommen.“[163]

„Reinigungspersonal, aus meiner Sicht das schwächste Glied in der Kette. Das Reinigungspersonal hat nur ein rudimentäres Hygienewissen und außerdem besteht häufig zusätzlich ein Sprach- und Verständnisproblem. Die Reinigungskräfte wurden in einen Eigenbetrieb (GND) ausgegliedert. Seither werden sie dort von einem Qualitätsbeauftragtem geschult – der Inhalt und die Tiefe dieser Schulungen bleibt unklar.“[164]

„Die Gründung einer Organgesellschaft bedeutet eine deutliche finanzielle Entlastung.“[165]

2.1. Bedeutung der Reinigung für hygienische Risiken

Die Bedeutung der Reinigung für die Patientensicherheit wird chronisch unterschätzt. Grundsätzlich bedeutet „Reinigung“ die Entfernung von Schmutz und Rückständen aller Art, während „Desinfektion“ die Abtötung von Keimen durch Verwendung spezieller Desinfektionsmittel bedeutet. In der Praxis sind die Grenzen weniger scharf. In vielen Bereichen wird die sogenannte „desinfizierende Reinigung“ angewendet, also die Reinigung mit Desinfektionsmitteln. Das ist auch im Bereich der Frühgeborenen-Station der Fall gewesen, die Reinigung findet hier mit dem Desinfektionsmittel Microbac Forte statt, das auch Keime abtötet. Fußböden z.B. werden aber im Klinikum teilweise auch nicht-desinfizierend gereinigt.[166] Auch die Beseitigung von Schmutz und Rückständen trägt zur Verringerung der Keimsituation bei, da Keime auf gereinigten, trockenen Flächen nicht beliebig lange überleben und sich mangels Nahrung weniger stark vermehren.

Weder die Reinigung, noch die Desinfektion oder die desinfizierende Reinigung töten hundertprozentig alle Keime ab, es handelt sich immer nur um eine Verringerung der Keimzahl.

---

[162] GHGZ: Eine kurze Geschichte durch die wunderbare Welt der Gebäudereinigung, 2011, http://www.ghgz.net/2011/06/wunderbare-welt-der-gebaudereinigung

[163] Protokoll der Hygienekommission vom 7. März 2011, Band 24, Seite 320.

[164] Werner Wunderle, Zusammenstellung vom 22. Mai 2012

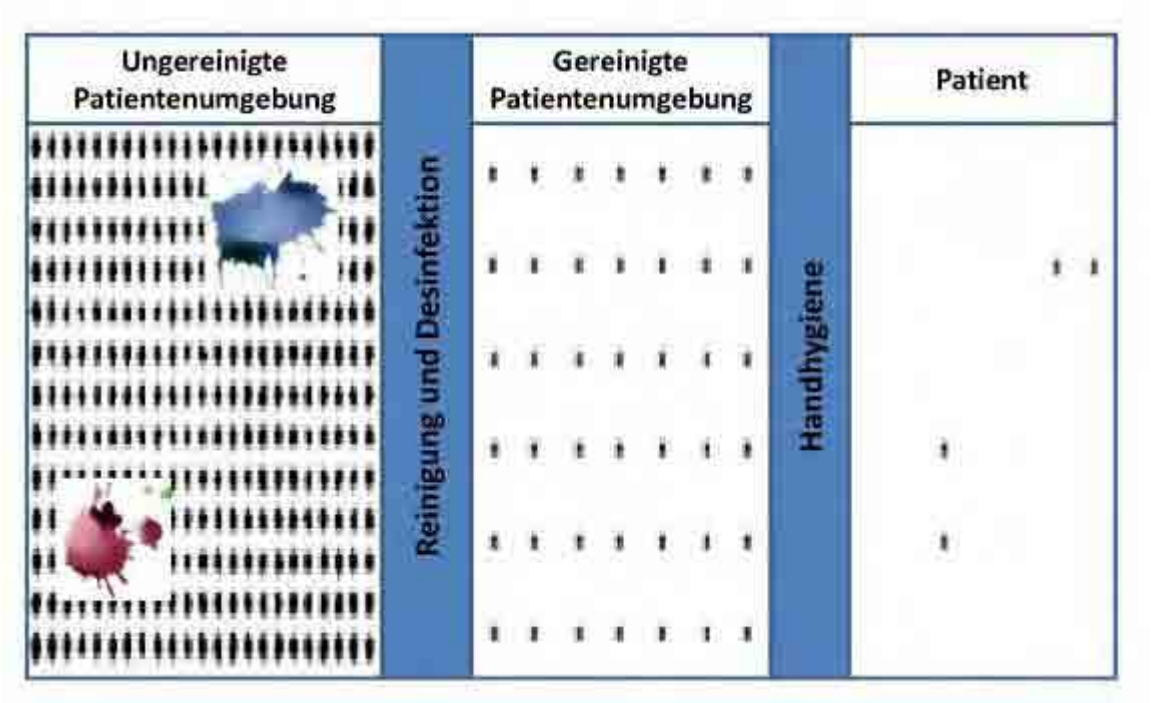
[165] Deutsche R+S Dienstleistungen: Werbebroschüre „Servicegesellschaften“, S. 2, http://www.deutsche-rs.de/upload/RS_Servicegesellschaften_Web_48.pdf

[166] Dies muss kein Reinigungsmangel sein. Zur Frage, in welchem Umfang desinfiziert oder nur gereinigt werden soll, gibt es eine offene und unabgeschlossene Diskussion, in der sich verschiedene ‚Schulen‘ gegenüberstehen. Auch die KRINKO ist hier bislang nicht entschieden.

„Reinigungs- und Desinfektionsverfahren führen zu einer Verminderung von Mikroorganismen auf den behandelten Flächen, wobei eine alleinige Reinigung zu einer ca. 50-80%igen Reduktion führen kann. Eine statistisch signifikante Reduktion auf mindestens 84-99,9% wird durch wirksame Desinfektionsverfahren erreicht.“[167]

Die Untersuchungen des Labors der Uni Kiel zeigen auf, dass auch Klebsiellen eine Behandlung mit Microbac Forte in der Konzentration von 0,25 % oder 0,5 % teilweise überleben, wobei die Verringerung bei einer Konzentration von 0,5 % deutlich stärker ist. Wesentlich ist dabei die Einwirkzeit. So wird eine weitestgehende Minimierung der Keimzahl nach einer Einwirkzeit von 4 Stunden erreicht.[168] Desinfizierte Flächen werden nicht trockengewischt, da dadurch wieder Keime eingetragen würden, sondern müssen trocknen.

Die Bedeutung der Reinigung und der desinfizierenden Reinigung liegen darin, dass sie das Risiko einer Keimübertragung von der Fläche auf den Patienten verringern. Da auch die Handdesinfektion selbst bei korrekter Durchführung nicht hundertprozentig alle Keime sicher abtötet, ergänzen sich Reinigung/Desinfektion der Flächen und Handhygiene bei der Erhöhung der Patientensicherheit. **Auch wenn etwa sehr kleine Frühgeborene selbst keinen Kontakt zu Flächen außerhalb des Inkubators haben, trägt die korrekte Reinigung und Desinfektion dazu bei, das Risiko einer Keimübertragung durch das Personal (das direkten Kontakt zum Patienten hat) zu minimieren.**



Resistente und multiresistente Keime verhalten sich, soweit bekannt ist, nicht grundsätzlich anders als nicht-resistente Varianten desselben Keims. Sie sind nicht widerstandsfähiger gegen Reinigung und Desinfektion. Da bei der Reinigung/Desinfektion aber nicht alle Keime hundertprozentig abgetötet werden, **spielt die Wirksamkeit und Zuverlässigkeit der Reinigung/Desinfektion eine wesentliche Rolle dafür, wieweit auch das Übertragungsrisiko resistenter und multiresistenter Keime im Krankenhaus verringert wird.**

[167] RKI: Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen, 2004, S. 52
[168] UKSH Schleswig-Holstein, Prüfbericht 2012-108 vom 30.03.2012

Die Produktion von multiresistenten Keimen geschieht nicht nur im Krankenhaus. Es ist bekannt und auch in den Anhörungen wiederholt thematisiert worden, dass eine wesentliche Produktionsstätte multiresistenter Keime auch die Massentierhaltung ist, wo aufgrund nicht tiergerechter Haltung massiv und routinemäßig mit Antibiotika gearbeitet wird.

Für den Bremer Keimausbruch spielt dieser Aspekt jedoch keine Rolle. Der konkrete Keimstamm, ESBL-Klebsiellen mit der sogenannten SHV-63-Kapsel, ist außerhalb des KBM bislang nirgends in der Bevölkerung nachgewiesen worden.[169] Es handelt sich hier um einen klassischen Krankenhaus-Keim: **Die befallenen Frühgeborenen haben sich im Krankenhaus mit diesem Keim angesteckt, und sie hätten sich nicht mit diesem Keim angesteckt, wenn sie sich nicht im Krankenhaus befunden hätten.**

Reinigung/Desinfektion als Gefahrenquelle für Keimverschleppung

Die Reinigung und die Desinfektion stellen selbst eine Gefahrenquelle für die Verbreitung von Erregern dar, **da sie ein Vektor, das heißt ein Transportweg sind.** Eine unzureichende Reinigung und Desinfektion, bei der Keime nicht zuverlässig abgetötet werden, nimmt diese Keime auf und verbreitet sie auf allen Flächen, mit denen sie danach in Kontakt kommt. Über mangelhafte Reinigung/Desinfektion verbreiten Erreger sich nicht nur im Raum, sondern auf der Station oder von einer Station zur nächsten.

> „Vor allem Reinigungslösungen, in gewissem Umfang aber auch Desinfektionsmittellösungen, in die der Wischlappen nach Abwischen von Flächen wieder eingetaucht wird, sind schnell mit Erregern, wie z. B. Pseudomonas aeruginosa, Enterobacteriaceae und Acinetobacter spp., kontaminiert [27, 54, 79, 80, 81, 82]. Eine fortlaufende Anwendung dieser Lösung führt zu einer Weiterverbreitung von Mikroorganismen auf nachfolgend gewischten Flächen.Reinigungs- und Desinfektionsverfahren müssen deshalb so organisiert sein und durchgeführt werden, dass es nicht zu einer Erhöhung der Keimzahl und zu einem Ausbringen/Verteilen fakultativ pathogener oder pathogener Mikroorganismen auf den Flächen kommt.
>
> Umgekehrt müssen bei Häufung von durch Pseudomonaden, Acinetobacter spp. Oder bestimmten Enterobacteriaceae (Serratia, Klebsiella, Enterobacter) wie auch durch Staphylococcus aureus, insbesondere MRSA, und Vancomycin-resistenten Enterokokken oder Clostridium difficile bedingten nosokomialen Infektionen auch nicht sachgerecht durchgeführte Reinigungs- und Desinfektionsverfahren als Infektionsquelle erwogen werden (s. 2.1).“[170]
>
> „Je mehr Fälle auftraten, desto häufiger haben die Schwestern alles abgewischt. Wir konnten das richtig verfolgen, je mehr sie gewischt haben, desto schlimmer wurde es."[171]

Ein wichtiger Faktor bei der Verschleppung von Keimen ist die ausreichende Konzentration des verwendeten Desinfektionsmittels (siehe Kapitel III.2.7). Ebenso wichtig sind aber korrektes Vorgehen bei der Reihenfolge und Ausführung der Reinigungsarbeiten und nicht zuletzt ausreichende Zeit, die Reinigung/Desinfektion korrekt durchzuführen.

---

[169] Über den einmaligen Nachweis einer SHV-63-Klebsiella pneumoniae in Russland ist nicht Näheres bekannt.

[170] RKI: Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen, 2004, S. 54 f.

[171] Dr. Gortner, Leiter der Frühgeborenen-Abteilung an der Kinderklinik Gießen anlässlich des Klebsiellen-Ausbruchs 1996-1999. Veronika Hackenbroch, Krieg der Keime, in: DER SPIEGEL 31/2000, http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-17015759.html

„Es muss ausreichend Zeit für die ordnungsgemäße Durchführung der Arbeiten eingeplant werden.“[172]

2.2. Keimsituation in der Kinderklinik und im Klinikum Mitte

Im Laufe der Aufklärungsarbeit des Untersuchungsausschusses ist eine **Vielzahl auffälliger Keimbefunde bei den Umgebungsuntersuchungen** zu Tage getreten. Material hierzu fand sich vor allem in den beschlagnahmten Unterlagen und Dateien im Hygieneinstitut des KBM. Da es keine stationsbezogene Dokumentation der Umgebungsuntersuchungen gibt, ist auch keine vollständige Auswertung möglich. Auch Daten zu auffälligen Befunden außerhalb der Kinderklinik fielen dem Ausschuss nur zufällig zu und konnten die Keimsituation außerhalb der Kinderklinik nur schlaglichtartig beleuchten.

Pseudomonaden im Leitungswasser

Die Daten belegen dennoch ausreichend, dass die Keimsituation in der Kinderklinik, und auch darüber hinaus am KBM, nicht befriedigend war. So gab es über Jahre hinweg immer wieder Nachweise des Erregers Pseudomonas aeruginosa, der einen einschlägigen Krankenhauskeim darstellt und dessen Auftreten im Leitungswasser oder auf Flächen nicht toleriert werden kann.

Pseudomonas aeruginosa (ohne Nachweise in Siphons)				
Datum	Station	Befunde	Auszug Bericht	Akte
26.10.2006	4028	Waschbecken Zi. 2.027 massenhaft Rechtes Spülbecken Zi. 2.033 massenhaft Spüle Elternzimmer Zi. 2.039 massenhaft		Bd 83, S. 115 f.
22.06.2010	Chirurgie ITS 1	Strahlregler R. 1037 >500	„Sechs Patientenzimmer der ITS, in denen in den vergangenen Wochen Patienten mit Nachweis von Pseudomonas aerigunosa gepflegt wurden, wurden auf das Vorkommen von Pseudomonas aerigunosa im Leitungswasser untersucht. Die Probenahme erfolgte direkt aus dem Wasserhahn des Patientenzimmers ohne vorheriges Ablaufen und nach Entfernen des Strahlreglers und Abflammen der Armatur. In zwei Zimmern wurde P. aerigunosa im Leitungswasser nachgewiesen (…) In Raum 1.041 wurde zudem Klebsiella im Strahlregler festgestellt. Eine Kontamination des Wassers zum Gebrauch am Patienten kann daher nicht ausgeschlossen werden.“	Bd 191, S. 157
16.03.2011	KiKli Station 4	R. 2.006 (auf Wunsch, nach Grundreinigung) Duschwanne massenhaft Ps. aeruginosa und Pseudomonas Gruppe	„Die Aufbereitung der Duschwanne war mangelhaft und muss dringend nachdesinfiziert werden.“	Bd 191, S. 40

[172] RKI, Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen, 2004, S. 57

19.09.2011	4028	Servo Knöpfe R. 2.022 massenhaft	„massenhaft Pseudomonas aerigunosa + Proteus auf einem aufbereiteten Beatmungsgerät“	Bd 83, S. 8; Bd. 9, S. 35
31.10.2011	Frauenklinik Station 5303	Pseudomonas aeruginosa in Wasserfleck		Bd. 189, S. 324
04.11..2011	3911	Massenhaft Ps. aeruginosa, Pseudomonaden, E.coli, Proteus in der Küche Massenhaft Ps. aeruginosa, Pseudomonaden etc. in Patientenzimmern 1028, 1030 (Siphons und Strahlregler)		Bd. 189, S. 302
09.11.2011	Frauenklinik Stat. 3	Waschbeckenschrank unter Siphon (feuchter Fleck)		Bd 105, S. 435

[173]

Nachdem Pseudomonaden-Funde im Ausschuss thematisiert wurde, sprach die Klinik zunächst von einem einmaligen Vorfall.[174] Erst als die Klinik mit den Daten über ein mehrfaches Auftreten über längere Zeiträume konfrontiert wurde, entschied die GeNo-Leitung, dass auf allen Intensivstationen Sterilfilter an den Wasserhähnen eingebaut werden.[175] Ob und welche Filter zuvor eingebaut waren und auf welchen Stationen, dazu lagen dem Ausschuss keine Informationen vor.

Während Pseudomonas aerigunosa in Krankenhäusern entschlossen bekämpft werden müssen, sind andere Bakterien der Pseudomonas-Gruppe in der Regel nicht gefährlich für Patienten. Dennoch ist es kein gutes Zeichen, dass Pseudomonaden ohne Nachweis von Pseudomonas aerigunosa immer wieder in der Kinderklinik dokumentiert wurden, und zwar eben auch außerhalb von Siphons, wo ihr Auftreten mehr oder weniger unvermeidlich ist.

Pseudomonaden (ohne Nachweise in Siphons)				
16.06.2006	4027/28	Wasser aus Spritzpistole, Spüle 2.032, 2.680		Bd 83, S. 129
03.11.2011	4027	Waschbecken, Färbebank, R. 436, massenhaft		Bd 105, S. 412
03.11.2011	4028	Ausgussbecken Spüle R. 2.016 >500		Bd 105, S. 425
05.11.2011	2711 „nach Einzug der Neonatologie“	Massenhaft Pseudomonaden, E.coli, Bacillus in der Küche		Bd. 189, S. 303 f.

[173] Diese und folgende Tabellen: Eigene Zusammenstellung, Quellen siehe rechte Spalte
[174] Radio Bremen, Keime im Trinkwasser, 31.05.2012, http://www.radiobremen.de/politik/dossiers/krankenhauskeime/untersuchungsausschuss/ua-krankenhauskeime146.html
[175] Radio Bremen, 01.06.2012, Klinik baut Wasserfilter ein, http://www.radiobremen.de/politik/nachrichten/poltikklinkkeimebremen100.html

Verkeimung von Desinfektions-Eimern

Ein alarmierender Befund ist die Verkeimung von Wischeimern und Wischtüchern, der sogenannte „Eiweißfehler“.[176] In einer Desinfektionsmittel-Lösung, mit der Flächen gewischt und desinfiziert werden, muss die Keimzahl null sein. Alles andere belegt, dass das Desinfektionsmittel nicht mehr hinreichend wirksam ist, Keime nicht abtötet und die **Gefahr von Keimverschleppung** durch den Reinigungsvorgang besteht.[177]

Nachweise von verkeimten Wischeimern finden sich in der Kinderklinik über Jahre hinweg immer wieder.

Verkeimung von Wischeimern und Desinfektionsmitteln				
17.04.2007	4028	Küche	„In der Küche steht ein Eimer mit Mikrobac forte und einem Reinigungstuch in der Lösung. Um einen Wirkungsverlust der Desinfektionsmittellösung zu verhindern, dürfen Reinigungstücher nicht in der Desinfektionsmittellösung liegen bleiben. (…) Schwammtücher müssen tgl. wegen Bildung hoher Keimzahlen gewechselt werden.“	Bd 83, S. 50
03.06.2008	4028	Wischwasser R. 2024 (12)		Bd 83, S. 91
08.03.2011	4027	Desinfektionsmittellösung in Desco Wipes Eimer, Intensivzimmer 441, >200		Bd 105, S. 462
16.03.2011	KiKli Station 4	Desco-Wipes-Eimer, Tuch, innen, R. 2.073 Arbeitszimmer, massenhaft Pseudomonas Gruppe	„Das Desinfektionsmittel in dem Desco-Wipes-Eimer ist massenhaft mit Pseudomonaden kontaminiert und muss dringend ausgewechselt werden um eine Kontamination der Umgebung zu vermeiden.“	Bd 191, S. 38
25.05.2011	Frauenklinik Stat. 3	Desco Wipes Eimer Tuch, Pumpenzimmer 422, >200		Bd 105, S. 456
19.09.2011	4028	Des.-Lösung im Eimer, Patientenzimmer R. 2.019/20, massenhaft Pseudomonas Des.-Lösung in Eimer, Bettplatz L., R.2024 (15)	„Zwei der drei getesteten Desinfektionsmittellösungen in den Patientenzimmern wiesen eine Verkeimung auf, einmal massenhaft mit Pseudomonaden. Die Lösungen müssen häufiger gewechselt werden.“	Bd 83, S. 8 + 12
27.09.2011	KiKli Station 1	Des.-Lösung in weißem Eimer, R. 012 Untersuchungsraum 3, massenhaft Bacillus Griff bei WC, massenhaft Keimzahlen, Pat.Zimmer R. 025	„Die Desinfektionsmittellösungen in zwei weißen Eimern waren massenhaft mit Bacillen kontaminiert. Die Eimer müssen vor dem Wiederbefüllen aufbereitet, d.h. mit frischer Desinfektionsmittellösung ausgewischt und getrocknet bzw. ausgetauscht werden.“	Bd 191, S. 44
31.10.2011	Frauenklinik Station 5303	Massenhaft Bacillus im DescoWipe-Tuch		Bd. 189, S. 324

[176] Lutz Weber, Protokoll der öffentlichen Anhörung 24-3392

[177] Allgemein gelten auf Flächen unspezifische Keimzahlen ab 100 KBE [„koloniebildende Einheiten“] pro cm^2 als auffällig, Band 191, S. 107. Unmittelbar nach der Desinfektion muss die Keimzahl nahe Null sein. Darmkeime auf Flächen gelten in jeder Keimzahl als auffällig.

08.11.2011	3804	Massenhaft Keimzahl auf DescoWipe im Eimer, Pat.Zimmer 2076/2080		Bd. 189, S. 315
03.01.2012	4027 „nach der Abschluss-desinfektion durch das Personal der GND“	Desco-Wipes-Eimer, Tuch, innen, >500	„In einem Desco-Wipes-Eimer im Flur wurde auf einem Tuch eine Kontamination mit Pseudomonaden nachgewiesen. Sämtliche Desco-Wipes-Eimer auf der Station wurden unter Aufsicht von Frau Benz am 05.01.2012, 10.00 Uhr, verworfen. (…) Die Station 4027 kann aus hygienischer Sicht wieder in Betrieb genommen werden.“	Bd 105, S. 373
24.02.2012	Kreißsaal, Reanimations-raum	Desco-Wipes, innen, >200		Bd. 122, S. 28
24.02.2012	4028	Keimzahl >200 auf Rohrpostbombe		Bd. 122, S. 11

Besonders bemerkenswert ist, dass eine Verkeimung des Desco-Wipes-Eimers auf der Station 4027 „nach der Abschlussdesinfektion durch das Personal der GND“ unmittelbar vor der Wiedereröffnung der Station im Januar 2012 nachgewiesen wurde. Daraufhin wurde nicht etwa eine Wiederholung der Abschlussdesinfektion angeordnet. Es wurden lediglich die verkeimten Eimer weggeworfen und erklärt, die Station könne jetzt „aus hygienischer Sicht wieder in Betrieb genommen werden“. (s.o. in Tabelle)

Andere auffällige Befunde

Auch für **Luftkontamination** gelten unspezifische Keimbefunde ab 100 KBE pro cm^3 als auffällig. Der Nachweis von Darmkeimen ist in jeder Keimzahl auffällig und alarmierend. Das gilt insbesondere für den Nachweis einer extrem hohen Keimzahl von 660 KBE am 7.09.2011 auf der Neonatologie. Insgesamt ist vor allem auffällig, dass einzig der massive Keimvorfall mit Mullbinden im Jahr 2010 zu nachvollziehbaren Konsequenzen (Wechsel des Lieferanten) geführt hat. Eine Nachkontrolle geforderter Maßnahmen (etwa Austausch der Auslassgitter bei der Luftkontamination) ist in der Regel nicht dokumentiert.

Luftkontamination				
26.01.2011	4028	>200 Keimzahl in zwei Räumen, knapp darunter im dritten Raum	„Die Konzentration luftgetragener Mikroorganismen sind in den Räumen 2019, 2024 und 2026 erhöht. Es sollten die Auslassgitter und die Filter überprüft, gereinigt oder ausgetauscht werden.“	Bd 191, S. 36
07.09.2011	4027	660 Keimzahl Serratien in R. 440		Bd. 105, S. 452
23.02.2012	4027	170 bzw. 350 Keimzahl in 2 Räumen (41 u. 42)		Bd. 122, S. 49 f.

ESBL-Klebsiellen				
26.10.2006	4028	Hand Pflege, ESBL-Klebsiellen Syphon kl. Waschbecken Zi. 2.019, massenhaft ESBL-Klebsiellen		Bd 83, S. 113 f.

07.09.2011	4027	ESBL-Klebsiellen auf Windelwaage, Hand, Kanülenabwurf, Schnuller	Später als Ausbruchsstamm identifiziert	Bd. 105, S. 448 ff.
04.11.2011	3911	Klebs. pn. (ESBL – nicht Ausbruchsstamm) im Heißluft-flaschenwärmer, Pat.zimmer 1028, 1030	[dieser Befund wird später vom NRZ Bochum korrigiert – es handelt sich doch um den Ausbruchsstamm]	Bd. 189, S. 301
März 2011	4027	ESBL-Klebs. auf Handschuhbox, R. 440	Später als Ausbruchsstamm identifiziert	Rede Jürgens-Pieper s. Anm. 4, S. 35
08.11.2011	6428, ITS	ESBL-Klebs. auf Handschuhkasten, R. 1030 (2 Nachweise)		
23.02.2012	4027	ESBL-Klebsielle auf Sauger Kind	Später als Ausbruchsstamm identifiziert	Bd. 122, S. 37

Pathogene Keime auf Händen				
08.03.2011	4027	E.coli auf Hand Arzt, 500		Bd 105, S. 463
19.09.2011	4028	E.coli auf Hand Pflege, R. 2019/20		Bd 83, S. 11
23.02.2012	4027	E.coli auf Hand Pflege, „HD gerade“ (d.h. unmittelbar nach Händedesinfektion)		Bd. 122, S. 46

Sonstiges				
07.03.2005	4027	Klebsiellen auf Ultraschallgerät-Tasten		Bd. 106, S. 47
11.03.2005	4027	Klebsiellen Wasserhahn, innen (tropft); Klebsiellen, Ps. aeruginosa, E.coli in diversen Siphons (Waschbecken 441, Babybadewanne 440)	„Da zwischen dem Vorkommen von Klebsiellen in der Muttermilch und den Waschplätzen ein Zusammenhang zu erkennen ist, wird empfohlen, Perlatoren und Siphons abzubauen, zu reinigen und zu desinfizieren. Ferner sollte durch technische Maßnahmen erreicht werden, dass der Wasserstrahl nicht durch die Siphons spritzt.“	Bd. 109, S. 46 ff.
24.03.2005	4027	Klebsiellen auf Badewanne innen und rundem Waschbecken innen		Bd. 106, S. 31
12.02. 2010	KBM	Kontaminierte Mullbinden 100 Klebsiella pn., 2.800 Proteus, 100 E.coli, 500.000 Bacillus	„Im Rahmen einer Apothekenvisite durch Herrn R. wurde im Schrank 1 rechts des Magazins in der ZNA – Zentrale Notfallambulanz [im Klinikum LdW] ein modrig-muffiger Geruch festgestellt. Dieser Geruch ging von den im Schrank lagernden Universalbinden aus.“ Der Lieferant wird daraufhin gewechselt. Die Binden wurden auch im Zentrallager KBM verwendet.	Bd 191, S. 106
22.06.2010	Chirurgie ITS 1	Klebsiellen in diversen Siphons	„Der Nachweis von Pseudomonaden, Klebsiella, Enterobacter, Citrobacter und	Bd. 191, S. 156 ff.

			Hefen im Siphon ist zu erwarten. Durch das Ausgießen des Waschwassers (Schalen lagen bei Probenahme im Becken) in die Patientenwaschbecken können die Strahlregler retrograd kontaminiert werden.“	
06.07.2010	KiKli Stat. 5	Keimzahl >200 auf 2 WC-Griffen, >500 auf Griff bei Dusche		Bd. 191, S. 59 f.
07.09.2011	4027	„Bacillus in Vancomycin-Spritze“, R. 440/441/445[178]		Bd. 9, S. 19
27.09.2011	KiKli Station 1	Aufbereitetes Bett, Verstellhebel und Griff, >100 Keimzahl; Griff bei WC Keimzahl massenhaft	„Ein aufbereitetes Bett war am Verstellhebel und Griffleiste nicht ausreichend desinfiziert bzw. rekontaminiert.“	Bd 191, S. 45 ff.
14.10.2011	4027 („Nach-kontrolle“)	Windelwaage, Handschukasten hohe Keimzahlen		Bd. 191, S. 17
28.10.2011	Frauenklinik, Kreißsaal	> 100 Keimzahl auf „Handschuhkasten steril“	„Blutflecken auf OP-Türgriff“	Bd. 9, S 46
03.11.2011	4027	Dienstzimmer, Waschbecker, gr. Becken, Siphon Klebs. oxytoca >500	„In den untersuchten Siphons wurde eine typische Bakterienflora mit Pseudomonaden, Bazillen und Klebsiella oxytoca nachgewiesen, Klebsiella pneumoniae wurde nicht nachgestellt.“	Bd. 105, S. 411 ff.
09.11.2011	4028	Verkeimung des Sterilwasserfilters	„Der Pallfilter war am Auslass massenhaft mit Bacillus-Arten kontaminiert, wahrscheinlich durch retrograde Verkeimung durch Spritzwasser – der Filter muss gewechselt werden.“[179]	Bd 105, S. 397
23.12.2011	4027 „Probenahme erfolgt nach Scheuer-, Wischdesinfek tion mit dem Desinfektor“		„Die Desinfektion war in den Säuglingszimmern unzureichend, da z.B. auf den Ablagen und Fensterbänken gar nicht gewischt wurde – hier lag Baustaub. Die geringen Keimzahlen geben den schlechten optischen Eindruck nicht wieder. Einige Räume wurden nicht bzw. ebenfalls unzureichend desinfiziert: Die Schublade im Labor wurde nicht gesäubert (Hefen), im Elternzimmer wies das Sofa Hefen auf, Kosmetiktuchboxen und Waschbecken wiesen zu viele Keime auf. Im Waschmaschinenraum und im Flur wurde mit Staph. aureus ein potentieller Krankheitserreger auf dem Trockner und der Rohrpost festgestellt. Eine Grundreinigung wurde wegen der	Bd 105, S. 379

[178] Raum 440 und 441 sind die beiden Intensivzimmer. Der Befund ist insofern bemerkenswert, als auch von den im Rahmen des Ausbruchs betroffenen Kindern einige Vancomycin als Antibiotikum erhielten, siehe Band 100, S. 73-77.

[179] Dieser Befund ist insofern bemerkenswert, als auf der 4028 offenbar Sterilfilter (Pallfilter) an den Wasserhähnen bereits im Einsatz waren. Ob dies auf der 4027 nicht der Fall war oder ob Pseudomonaden dort trotz der Filter auftraten, ist nicht bekannt.

			Baustaubreste angeordnet.“	
23.02.2012	4027	E.coli auf Transportinkubator rein		Bd. 122, S. 33

2.3. Dokumentierte Kritik der Reinigungssituation

Kritik an der Reinigungssituation in der Kinderklinik ist immer wieder dokumentiert worden. Bereits im September 2009 war das Thema im **Aufsichtsrat der GeNo**.

> „Herr Dr. Hansen berichtet zunächst über die aktuelle Presseberichterstattung zur Kinderklinik des KBM bezüglich der dortigen Hygienemängel. Es seien Sofortmaßnahmen der GeNo eingeleitet worden (…) Eine entsprechende positive Kommunikation über die sofortige Reaktion der GeNo solle sichergestellt werden. Nach Hinweisen von Herrn Hollnagel auf regelmäßige Begehungen durch den Arbeitssicherheitsdienst des KBM und der Frage von Herrn Schmelzle, ob die Grenze der Einsparungen in der Kinderklinik überschritten sei, wird festgestellt, dass eine flächendeckende Verschmutzung in der Kinderklinik nicht gegeben sei, aber einzelne Vorwürfe durchaus zutreffend seien. Die aufgetretenen Probleme seien auch darauf zurückzuführen, dass in den letzten Jahren aufgrund der Masterplanung bzw. des jetzigen Teilersatzneubaus kaum Instandhaltungsmaßnehmen durchgeführt worden seien.“[180]

In den **Monatsgesprächen** zwischen GeNo-Geschäftsführung und Konzernbetriebsrat wird die Reinigung mehrmals thematisiert.

> „Einige KollegInnen sind der deutschen Sprache nicht mächtig und können z.B. ORSA-Zimmer etc. nicht lesen.“[181]

> „Zum Einsatz deutschsprachigen Personals: Probleme gibt es tatsächlich im Standort Mitte mit dem gestellten Personal und nicht mit dem KSG-Personal. Das Thema wird aufgegriffen, ist aber kein KSG-Thema, da es dies auch in der Vergangenheit schon gab.“[182]

> „Die KollegInnen sind dem Druck nicht mehr gewachsen. Außerdem gibt es erhebliche Schwierigkeiten bei der Materialbestellung, die Lager sind leer. Die Bestellungen werden runtergefahren, weil angeblich der Verbrauch zu hoch ist, was zur Folge hat, dass z.B. nicht genügend Reinigungsmittel oder Papiertücher vorhanden sind.“[183]

> „Die KollegInnen der KSG haben für ein Patientenzimmer nur 5-6 Minuten Zeit (…) Fraglich ist, ob hier die Hygienestandards eingehalten werden können.“[184]

> „Bei der GND läuft einiges nicht rund. Der Punkt Einarbeitung wird ad Absurdum geführt da die Verträge nach einem halben Jahr auslaufen.“[185]

Auch in der **Hygienekommission** war die Reinigung Thema.

> „Die personelle Situation auf den Stationen ist bei der Pflege und bei der Reinigung an ihrer Belastbarkeitsgrenze angekommen.“[186]

---

[180] Protokoll der 3./9. Sitzung des AR GeNo, 22.09.2009, Band 60, S. 86
[181] Monatsgespräch KBR November 2009, TOP 4 Situation KSG, Band 184, S. 37
[182] Monatsgespräch KBR Dezember 2009, TOP 4 Situation KSG, Band 184, S. 45
[183] Monatsgespräch KBR Oktober 2009, TOP 6 Personalentwicklung in der KSG, Band 184, S. 32
[184] Monatsgespräch KBR November 2009, TOP 4 Situation KSG, Band 184, S. 37
[185] Monatsgespräch KBR Dezember 2010, TOP 4 Zentralisierung, Band 184, S. 125

Überlastungsanzeigen aus der GND liegen für den Standort Mitte aus den Jahren 2005-2011 nicht vor. In den Überlastungsanzeigen des Pflegepersonals wird dagegen vereinzelt die Überlastung der Reinigung thematisiert.

> „Schockraum – Poly-Trauma - + Zi. 4 blutverschmiert. Reinigungskraft war sehr schwer zu erreichen. Als sie dann da war konnte sie nur den Schockraum reinigen, das Zi erst um 18.00. Da sehr viele Pat. wurde es von dem Pflegepersonal gereinigt. Wände, Fußboden usw. Immer mehr Reinigungskräfte werden abgezogen, sollen wir es nun mit erledigen?“[187]

> „12 Intensiv-Pat. sind mit 2 Stammkräften und 1 Extrawache nicht zu versorgen! Keine Reinigungskraft für Bettplätze nach Verlegung, muss zusätzlich vom Pflegepersonal zu den anderen Außenarbeiten übernommen werden!“[188]

Mailwechsel der Ärztlichen Geschäftsführung

Wie bei der Auswertung der Umgebungsuntersuchungen bereits erwähnt, war die Abschlussreinigung im Dezember 2011 auf der Station 4027 vollständig unzureichend („Die geringen Keimzahlen geben den schlechten optischen Eindruck nicht wieder“). In den Mailwechseln der Ärztlichen Geschäftsführung heißt es anlässlich der Abschlussreinigung:

> „Nach den Erlebnissen mit der Abschlussreinigung der renovierten Station 4027 vor dem Wiederbezug, bin ich jetzt dabei schrittweise erst mal mit unseren Hauswirtschaftskräften den Teil der Vereinbarungen durchzuarbeiten, den es für Reinigungsstandards gibt. Mir scheint da vieles unklar formuliert zu sein.“[189]

> „Bis dahin wird Dr. Schulz-Stübner Dir und mir auch noch Angebote über Schulungskurse zukommen lassen (…) z.B. auch für Reinigungspersonal, was ich z.B. schon Herrn Gmajnic vorgeschlagen habe, da wir hier schwere Wissensdefizite feststellen (…)“[190]

> „Noch vor Weihnachten planen wir, die Neonatologische Intensivstation 4027 an ihren grundrenovierten Standort zurückzuziehen. Davor finden Besprechungen und Schulungen mit den Hygienikern aus Freiburg statt (…) Diese Veranstaltungen sind Pflichtveranstaltungen auch für Ihre Mitarbeiter, welche auf den beiden Intensivstationen eingesetzt werden. (…) Es müssen konstante Reinigungskräfte auf diesen Stationen eingesetzt werden, die auch nur dort tätig werden dürfen, wenn sie geschult sind. Wir haben schon kurz zu diesem Thema telefoniert.“[191]

Reinigungsgutachten von Lutz Weber, BZH

In den vom Ausschuss beschlagnahmten Materialien und Dateien fand sich ein Reinigungsgutachten, das von Lutz Weber, Mitarbeiter beim BZH Freiburg, im Auftrag der GeNo erstellt worden war.[192] Das Gutachten stützt sich auf eine Begehung am KBM und auf das Studium der verschiedenen Arbeitsanweisungen. Das Gutachten war am 20.02.2012 an die Leitung der GND geschickt worden.

---

[186] Protokoll vom 7.03.2011, Band 24, S. 320
[187] Überlastungsanzeige vom 29.06.2007, ZOP, Notfallbehandlung, Band 164, S. 165
[188] Überlastungsanzeige vom 29.10.2011, FD, Intensivüberwachung, Band 165, S. 44
[189] Mail Kuss an Hansen und Gmajnic vom 12.01.2012, Band 201, S. 459
[190] Mail Kuss an Hansen vom 29.11.2011, Band 201, S. 484
[191] Mail Kuss an Tiemann vom 7.12.2011, CC an Hansen und Gmajnic, Band 201, S. 469
[192] Gutachten zur Auditierung des Reinigungsdienstes der GND im KBM Frauenklinik

Das Reinigungsgutachten kritisiert vor allem, dass die Handlungsabläufe in der Reinigung ungenügend sind und zur **Keimverschleppung** führen:

> „Die Mitarbeiter fassen mit den mit coliformen Keimen massiv verunreinigten Handschuhen aus der Toilette die Türklinken innen und außen an, d.h. kontaminieren diese und anschließend den Reinigungswagen.“
>
> „Die Handschuhe und der Reinigungswagen dienen als Vehikel um jedwede Krankheitserreger von Station zu Station und von Zimmer zu Zimmer zu tragen.“
>
> „Die hoch kontaminierten Handschuhe werden immer wieder in die Desinfektionslösung eingetaucht. Dadurch entsteht der sogenannte ‚Eiweißfehler‘. Die Desinfektionslösung verliert schon nach kurzer Zeit ihre Wirksamkeit.“ [193]

Ursache sei, dass die Arbeitsanweisungen „z.T. unklar, lücken- und fehlerhaft formuliert“ sind, es bestehe „akuter Handlungsbedarf was Arbeitsabläufe, benutztes Material und Arbeitsgerät betrifft.“[194] Dies deckt sich mit dem Befund im BZH-Bericht vom Dezember, in dem es bereits heißt:

> „Die Regelungen am Klinikum Bremen Mitte erschienen am Begehungstag (…) nicht immer leicht nachvollzieh- und umsetzbar.“[195]

Übereinstimmung besteht auch mit dem Befund aus einer Umgebungsuntersuchung vom September 2011 aus der Kinderklinik, in der „massenhaft“ Keime auf dem Griff beim WC im Patientenzimmer dokumentiert werden.[196]

Bericht des staatlichen Desinfektors

Am 28.06.2012 wurde dem Ausschuss der Bericht des staatlichen Desinfektors vom 21.06.2012 übermittelt, der seit November 2011 vom KBM eingesetzt wurde.[197] Die Klinik verfügt im Gegensatz zu früheren Zeiten[198] über keinen hauseigenen Desinfektor mit der notwendigen Qualifikation mehr, weil der betreffende Mitarbeiter zwar staatlich geprüfter Desinfektor ist [199], die Qualifikation durch fehlende Fortbildungen aber erloschen ist.[200] Auch das Bremer Gesundheitsamt hat keinen Desinfektor, obwohl dies bei vielen anderen Gesundheitsämtern durchaus üblich ist.[201] Aus den Anhörungen geht hervor, dass der Einsatz eines staatlich geprüften, externen Desinfektors ab November 2011 am KBM eine absolute Ausnahmesituation darstellte[202], obwohl das KBM selbst über keinen Mitarbeiter mit einer entsprechenden validen Qualifikation verfügt.

Der Desinfektor war im November 2011 auf der Station 4 der Kinderklinik und auf Station 4027 tätig, im Dezember 2011 erneut auf der Station 4027, im März 2012 auf der Station 11

---

[193] Gutachten zur Auditierung des Reinigungsdienstes, S. 8
[194] Ebenda, S. 3
[195] Band 22, S. 12
[196] Umgebungsuntersuchung vom 27.09.2011, Station 1 Kinderklinik, Band 191, S. 43. Ähnliche Befunde s. Tabelle unter 2.3 „Sonstiges“
[197] Schreiben der Senatorin an den Ausschuss vom 28.06.2012, Band 204, S. 1
[198] Holländer, Protokoll der öffentlichen Anhörung 7-863
[199] Mitteneder, Protokoll der öffentlichen Anhörung 28-3939
[200] Daniela Wendorff, Protokoll der öffentlichen Anhörung 29-4099 f.; vgl. Konrad Sextro, Protokoll der öffentlichen Anhörung 30-4333
[201] Klaus-Dieter Zastrow, Protokoll der öffentlichen Anhörung 2-308
[202] Daniela Wendorff, Protokoll der öffentlichen Anhörung 29-4119

der Kinderklinik und im Mai/Juni 2012 erneut auf Station 4 und auf Station 4028.[203] Warum genau diese Stationen zu diesen Zeitpunkten desinfiziert wurden, wurde – abgesehen von der Notwendigkeit einer Desinfektion nach der Schließung der 4027 – in den Anhörungen nicht deutlich.

Die Kritik des Desinfektors in den Berichten über seine Einsätze richtet sich auf folgende Punkte, die an der Arbeit der eingesetzten Reinigungskräfte und anderen MitarbeiterInnen bzw. ihrer Vorgesetzten bemängelt werden[204]:

- **Gegenstände aus infektiösen Räumen** werden ohne Desinfektion herausgeholt, auf dem Flur gelagert oder in andere Zimmer gebracht (Wäsche, Paravant, Lungenmaschine, Sauerstoffmischer, Massagekäfer), oder ohne Desinfektion wieder in den Raum zurückgebracht
- Es gibt keine **Reihenfolge** der Arbeiten, die Kreuzkontamination verhindern würde
- Einzelne Flächen oder Gegenstände werden überhaupt **nicht desinfiziert**, entsprechend sind z.B. die Filter der mikrobiologischen Werkbank seit 2 Jahren nicht gewechselt worden
- **Desinfektionslösung** wird verkeimt durch mehrmaliges Eintauchen des benutzten Lappens oder durch Auffangen des Abtropfwassers aus gewischten Gegenständen mit dem Desinfektionsmitteleimer
- Es sind **keine festen Teams** für die Arbeit eingesetzt, die Zusammenarbeit ändert sich ständig, die MitarbeiterInnen arbeiten dadurch unkoordiniert, jede/r für sich und es muss jedes Mal neu eingewiesen werden
- Es finden **keine Gruppengespräche** der Reinigungskräfte, der HFKs und der Pflegedirektorin mit dem Desinfektor statt, trotz mehrere Anläufe
- Grundlegende **Wissensmängel** bei den MitarbeiterInnen, etwa trockenes Nachwischen der desinfizierten Fläche oder Unkenntnis, dass Kühlschränke auch innen zu desinfizieren sind
- **Fehlerhafte Anweisungen**, z.B. dass Pumpen und Radio nicht zu desinfizieren seien
- **Unklare Verantwortlichkeiten**, z.B. Abbruch einer Raumdesinfektion durch den Kinderarzt, da vermeintlich unnötig
- Gravierende Fehler in der Planung der Desinfektion selbst, nämlich das **Auslassen von Räumen**, in denen Kontamination zu erwarten wäre

U.a. heißt es:

---

[203] Band 204. In der Anhörung spricht Konrad Sextro von Station 1 statt Station 4, s. Protokoll der öffentlichen Anhörung 30-4334. Die Raumnummern 2275, 2076, 2080 im Bericht gehören aber zur Station 4 (auch 3804 genannt), s. Bd. 105, S. 112 oder S. 123, die Raumnummer 2028 zur Station 4028, s. Bd. 83, S. 109. Die Raumnummern 472 usw. im Bericht gehören zur 4027, insofern ist die Angabe „Station 4“ für den 21.12.2011 vermutlich falsch und irrtümlich aus den Raumziffern abgeleitet, die ja alle mit 4 beginnen. Im Protokoll der „Umsetzungsrunde“ vom 9.11.2011 heißt es ebenfalls: „Der Desinfektor hat seine Arbeit im Klinikum gestern aufgenommen. In folgender Reihenfolge werden die Stationen desinfiziert: 4 (‚Intermediärzimmer‘), dann 28 (Intensivstation) und zuletzt 27 (Dr. Kuss).“ Band 100, S. 11

[204] Bericht des staatlichen Desinfektors zur Reinigungssituation im KBM, Band 204.

„Es war kein System erkennbar, keine Desinfektionsreihenfolge im Zimmer erkennbar. Viele Flächen blieben unbehandelt. Hinweis nach RKI: Einen Lappen mehrfach in saubere Desinfektionslösung einzutauchen ist nach RKI NICHT zulässig. Beispiel: Die Schubladenkästen (…) das Abtropfwasser wurde in den Lösungsmitteleimer geleitet.“[205]

„Zuerst wurde der Raum 2275 erneut desinfiziert, da am Vorabend durch den Kinderarzt der Vorgang abgebrochen wurde. Die Begründung war, es sei in diesem Zimmer nicht nötig. Dies wurde jedoch am 8.11.2011 erneut gewünscht.“[206]

„Die beiden Examinierten versuchten eine Lungenmaschine und einen Sauerstoffmischer noch zuvor OHNE Desinfektion schnell auszubauen und gleich wegzubringen.“[207]

„Über den Raum 474 wurden mir keine weiteren Angaben gemacht, jedoch teilten die Reinigungskräfte mit, dass verstorbene Frühchen dort abgelegt wurden. Wenn dem so ist, kann ich das Auslassen nicht nachvollziehen.“[208]

„Nur durch Nachfragen, wo denn die verschiedenen Säuglinge abgelegt wurden, habe ich erfahren, dass dafür das ‚Musikzimmer‘ außerhalb der Station genutzt wurde. Somit war dieses Zimmer ursprünglich nicht in der Schlussdesinfektion mit enthalten, wurde dann aber ebenfalls erfasst.“ (Wiederaufnahme Schlussdesinfektion Kinderklinik 21.-22.12.11)[209]

Aus dem Bericht ergeben sich damit klare Hinweise, dass es bei der Desinfektion im Normalbetrieb, also ohne Anwesenheit des Desinfektors, üblicherweise zu Fehlern gekommen sein kann, dass Keimverschleppungen nicht sicher ausgeschlossen wurden und dass Räume und Gegenstände nicht zuverlässig erfasst wurden. Bemerkenswert ist, dass sich die im November 2011 **festgestellten Missstände größtenteils auch im März und Mai 2012 wiederfinden**.

Desinfektion patientennaher Flächen

Der von der Staatsanwaltschaft beauftragte Gutachter Walter Popp berichtet aus einer Begehung im März 2012 auf der Frühgeborenen-Station über Mängel sowohl bei der Desinfektion patientennaher Flächen:

„Uns ist aufgefallen, dass sich die Mitarbeiterinnen doch sehr unterschiedlich gut die Hände desinfizieren. (…) Insbesondere hat [eine Mitarbeiterin] z.B. im Inkubator gearbeitet und ist dann, als der Alarm anging, mit den Händen heraus und hat den Alarmknopf ausgedrückt und danach ist sie wieder mit den Händen in den Inkubator gegangen – alles ohne Händedesinfektion zwischendurch. Das ist natürlich der klassische Fall, in dem über Geräte Keime übertragen werden können, zumal wenn man bedenkt, wie häufig der Alarm angeht.“

„Weiter haben wir gesehen, dass die Eco Wipes Tücher zwischendurch zwar gerne mal benutzt werden, aber doch offensichtlich sehr lange und an verschiedenen Geräten. So wurden beispielsweise nicht nur einmal bis zu drei Geräte (Inkubator, Monitor, Perfusor) mit einem Tuch abgewischt. Ich denke, dass nach sehr kurzer Zeit das

[205] 7.11.2011, Band 204, S. 4
[206] 8.11.2011, Band 204, S. 5
[207] 8.11.2011, Band 204, S. 7
[208] 14.11.2011, Band 204, S. 9
[209] 21.12.2011, Band 204, S. 11.

> Desinfektionsmittel verbraucht sein dürfte und dann mit dem Tuch sehr leicht Keime übertragen werden können.“[210]

In der Desinfektion patientennaher Bereiche waren sowohl Pflegekräfte, wie hier geschildert, als auch Reinigungskräfte tätig. So waren die **Reinigungskräfte für die Desinfektion verschiedener Gegenstände und Flächen zuständig, die als patientennah anzusehen sind**. Im Leistungsverzeichnis der GND für die Raumgruppe „C“, OP-Bereiche und Entbindung, sind als zu reinigend u.a. aufgeführt: Babywaage, Babywanne, Entbindungstisch, OP-Lampen, OP-Schuhe und Schürzen, OP-Tisch, Saugerflaschen. Auch diese Gegenstände wurden somit vom Reinigungspersonal gereinigt.[211]

Eine unklare Abgrenzung zwischen Bereichen und Flächen, die vom Reinigungspersonal bzw. von den Pflegekräften desinfiziert werden, ist zu vermeiden. Wenn sich die beiden Bereiche überlappen, wirken sich Reinigungsfehler u.U. direkt auf den Patienten aus, während umgekehrt resistente Keime aus dem patientennahen Bereich von der Reinigung aufgenommen und weitergetragen werden.

Diese Gefahr ist unter Umständen erhöht worden durch den Beschluss der Hygienekommission vom März 2009, dass künftig für patientennahe und patientenferne Flächen, die vom Reinigungspersonal gereinigt werden, derselbe Eimer verwendet wird:

> „Desinfektion patientenferner Bereiche
> Besonders unter dem Aspekt der Einheitlichkeit, wird aus hygienischer Sicht empfohlen, das routinemäßige Reinigungsverfahren auch in Patienten fernen Bereichen mit Flächendesinfektionsmittel durchzuführen, und nicht mehr zu differenzieren zwischen patientennah und patientenfern. Fußböden werden nach wie vor gereinigt. Die Hygienekommission stimmt dem neuen Verfahren zu, da es keinen Mehraufwand an den Reinigungsdienst erfordert, aber das Reinigungsverfahren sicherer macht.“[212]

Dem Desinfektionsplan ist ferner zu entnehmen, dass die Fußböden in Flur und „Intensivzimmer“ mit „Reiniger“ gereinigt wurden, also nicht desinfiziert.

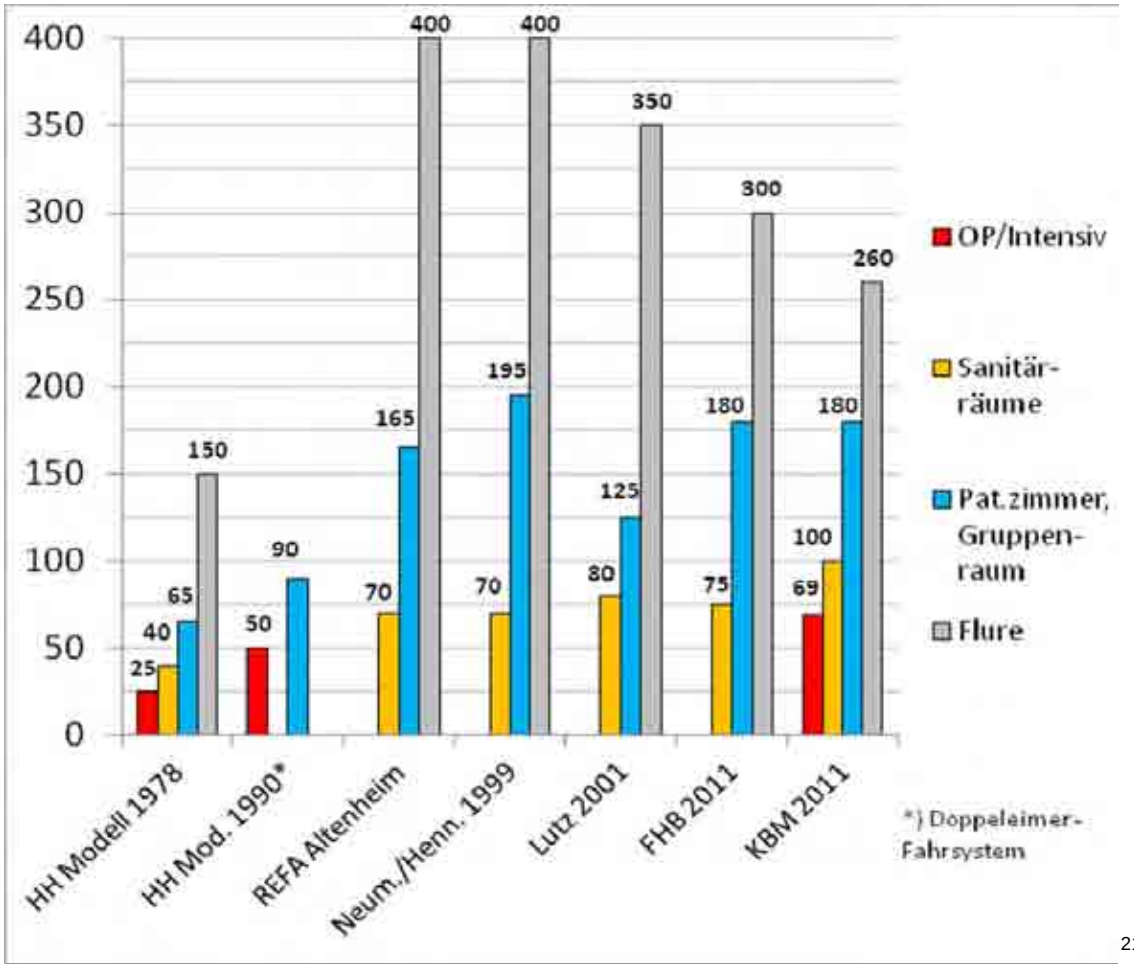
---

[210] Mail Popp an Körner vom 23.03.2012, Band 186, S. 1
[211] Leistungsbeschreibung der laufenden Reinigung, Band 80, S. 10
[212] Protokoll der Hygienekommission vom 5.03.2009, Band 83, S. 228

2.4. Reinigungszeiten und Reinigungshäufigkeit

Für Reinigungs-Dienstleistungen sind zwei Faktoren von Bedeutung: Die Reinigungsgeschwindigkeit und die Häufigkeit der Reinigung. **Die Reinigungsgeschwindigkeit wird gewöhnlich in Quadratmetern pro Stunde angegeben.** Die entsprechenden Werte für unterschiedliche Arten von Räumen (Raumgruppen) werden als „Leistungskennzahlen“ oder „Richtwerte“ bezeichnet. Diese Werte lassen sich dann in die häufig verwendeten Angaben umrechnen, in wie vielen Minuten ein Zimmer einer bestimmten Größe gereinigt werden muss. Ein Richtwert von 120 qm/h bedeutet dann etwa, dass ein 20 qm großer Raum in 10 Minuten gereinigt wird; ein Richtwert von 200 qm/h, dass für einen 20qm-Raum 6 Minuten zur Verfügung stehen.

Reinigungsgeschwindigkeit in qm pro Stunde



[213]

[213] Eigene Grafik. Datenquellen siehe nächste Anmerkung.

Der Hamburger Senat hat 1978 „Richtlinien über die Gebäudereinigung“ erlassen.[214] Darin wurden Richtwerte für verschiedene Raumgruppen festgelegt, die als **„Hamburger Modell“** bezeichnet werden. Die Werte wurden zuletzt 1990 aktualisiert, wobei zwischen der Reinigung im Einwannensystem und im „Doppelfahreimersystem“ (ähnlich wie in der GeNo) unterschieden wird. Verschiedentlich wurde erwähnt, es habe nochmal 1996 eine Aktualisierung unter dem Titel „Eppendorfer Modell“ gegeben. Dieses wurde jedoch niemals vorgelegt und es ist auch in der oben angegebenen Literatur nicht genannt.

Heute ist das „Hamburger Modell“ nicht mehr in Gebrauch, jedenfalls nicht seine Richtwerte. Neuere Richtwerte sind z.B. die nach Neumann/Henning 1999[215] oder nach Lutz 2001[216]. Richtwerte wurden auch erarbeitet vom Kuratorium für Technik und Bauwesen in der Landwirtschaft (KTBL), von der Kommunalen Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement (KGSt), dem REFA-Fachausschuss Gebäudereinigung usw. Der Bremer Senat hat zuletzt im Januar 2011 in einer Vereinbarung mit ver.di Richtwerte für die öffentliche Gebäudereinigung festgesetzt.[217]

Allen diesen Richtwerten ist zweierlei gemeinsam: Erstens sind sie zwei- oder dreimal so hoch wie die alten Richtwerte des „Hamburger Modells“. Zweitens beziehen sie sich meistens nicht speziell auf Krankenhäuser und deren besondere Anforderungen, sondern ganz allgemein auf die Gebäudereinigung.

Für die Erhöhung der Leistungszahlen in der Gebäudereinigung wird teilweise auf die Rationalisierung durch moderne Reinigungsmaschinen verwiesen. Dies setzt jedoch voraus, dass solche Maschinen vorhanden sind und dass sie eingesetzt werden können.

Die Reinigung im Krankenhaus erfolgt in weiten Teilen dagegen nicht mit Reinigungsmaschinen, sondern von Hand. Gestiegene Hygiene-Anforderungen müssten hier eher zu einer Senkung der Leistungszahlen führen, d.h. zu mehr Zeit für die Reinigung, wenn eine hygienisch einwandfreie Reinigung gewährleistet sein soll. In der Praxis spiegeln die gestiegenen Leistungskennzahlen in der Krankenhaus-Reinigung schlicht den Kostendruck wieder und werden aus den Bedürfnissen der Verbilligung abgeleitet und nicht aus einer realistischen Einschätzung, welche Zeit für eine korrekte Krankenhausreinigung erforderlich ist.

Reinigungskennzahlen der GND

---

[214] Richtlinien über die Gebäudereinigung in Krankenhäusern und Dienststellen der Gesundheitsbehörde der Freien Hansestadt Hamburg in der Fassung vom 01.04.1978, siehe Margot Steinel und Dagmar Kelm: Personelle Struktur in der Reinigung, http://www.kolleg.loel.hs-anhalt.de/forschung/hauswirtschaft/selbstlernkurs/kurs/themen_druck.php?kurs=1&lenr=3&id=9; Petra Strunk: Die finnische Kalkulationssoftware CleanNet® in der Anwendung auf dem deutschen Markt, Diplomarbeit, 2005, http://opus.haw-hamburg.de/volltexte/2006/89/pdf/hau_y_161.pdf; Irene Reichert: Optimierung der Gebäudereinigung von öffentlichen Einrichtungen, Diplomarbeit, 2008, http://opus.bsz-bw.de/fhlb/volltexte/2008/43/pdf/Reichert_Irene.pdf; Wolfgang Wöhrmann: CAFM mit Visio-Gebäudereinigung, http://www.cafm-mit-visio.de/VisioCAFM_Gebaeudereinigung.html

[215] Eva Neumann und Sven Henning: Outsourcing im Dienstleistungsbereich. Ein Ratgeber für die Vergabe von Reinigungsdienstleistungen, Stuttgart 1999

[216] Walter Lutz: Stellenschlüssel für Reinigungspersonal, in: rationelle hauswirtschaft 38/4 2001; ders.: Stundenleistung bei der Grundreinigung? in: rationelle hauswirtschaft 38/8, 2001.

[217] Einigung über die Eigenreinigung vom 25.01.2011, http://www.senatspressestelle.bremen.de/sixcms/media.php/13/110125_Einigung_Gebaeudereinigung.pdf

Die Geschäftsführung der Servicegesellschaft der GeNo, der Gesundheit Nord Dienstleistungen GmbH, konnte dem Ausschuss nicht eindeutig erklären nach welchen Kennzahlen die Reinigungszeiten in der GeNo berechnet werden. Weder die beiden Geschäftsführer der GND noch der Prokurist konnten hierzu umfassende Angaben machen. Die Geschäftsführerin gab an, der von R+S eingesetzte Prokurist und der Qualitätsmanager hätten das Hamburger Modell „erwähnt“. Der vom Ausschuss vernommene Qualitätsmanager dagegen sagte aus, er wisse nicht, ob das Hamburger Modell angewendet werde oder nicht. Der Geschäftsführer der GND nannte immerhin Beispielzahlen.

> „Abg. Frau Bernhard: Noch einmal zum Thema Reinigung, wir hatten das am Anfang schon einmal thematisiert im Zusammenhang mit den Raumbüchern und den Raumquadratmeterzahlen, die dort jeweils ausgerechnet sind und die für die Leistungsermessung Grundlage sind et cetera. Es gibt in den alten Protokollen der Monatsgespräche aus dem Jahr 2009 diese berühmte Zahl, dass Patientenzimmer in fünf bis sechs Minuten gereinigt werden sollen. Ist das immer noch Standard? Wissen Sie, ob das überarbeitet wurde? Wird das angepasst, oder gilt diese Zahl letztendlich immer noch?
>
> Zeuge Gmajnic: Es gilt grundsätzlich, dass in der Reinigung sehr differenziert vorgegangen wird, mit welchen Reinigungsintensitäten und Reinigungsdauern die Zimmer gereinigt werden. In bestimmten Zimmern, die ein geringes Reinigungsbedürfnis haben, wird sicherlich deutlich schneller gereinigt, wir hatten aber beispielsweise - und da habe ich mich einmal von meinen Mitarbeitern informieren lassen - im Bereich der Station 4027 53 Quadratmeter Intensivstation. Diese 53 Quadratmeter werden in 43,2 Minuten gereinigt. Parallel dazu haben wir auf der gleichen Station ein Arztzimmer, das eine Größe von rund 14 Quadratmetern hat und in der Tat innerhalb von fünf Minuten gereinigt wird. Insofern gibt es hier sehr differenzierte Vorgaben für die einzelnen Reinigungsklassen.“[218]

> „Abg. Frau Bernhard: Ich komme noch zu Fragen, die ich an Herrn Tiemann hatte und auf die ich nicht so sehr viele Antworten bekommen habe. Dann wissen Sie wahrscheinlich auch nicht, wie das mit den Angaben für die Reinigung bezüglich der Zeit ist. Wir haben vorhin dieses Protokoll, das haben Sie sich ja kurz angesehen, das war zwar auf das KBO bezogen, aber darin stehen diese berühmten 5,92 Minuten. Herr Gmajnic meinte gestern, für ein Patientenzimmer sind es fünf Minuten, und ich glaube, 53 - -.
>
> RA Joester: Nein, das hat er nicht gesagt. Er hat eine konkrete Quadratmeterzahl genannt und dann die dazugehörigen Minuten, und die waren deutlich höher, nach meiner Erinnerung der zehnfache Betrag für irgendeine bestimmte Größenordnung.
>
> Vorsitzende: Etwas über 43 Minuten für etwas über 53 Quadratmeter Intensivzimmer!
>
> RA Joester: Das war der zehnfache Betrag.
>
> Abg. Frau Bernhard: Ich habe es ja hier. Es waren 43,2 Minuten für 53 Quadratmeter, und es waren fünf Minuten für 14 Quadratmeter.
>
> RA Joester: Das ist schon etwas ganz anderes!

[218] Tomislav Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Anhörung 25-3660 f.

Abg. Frau Bernhard: Mir geht es jetzt auch gar nicht präzise um dies oder jenes, das wäre nicht meine Frage gewesen. Ich wüsste ganz gern, wo ich das finde und wo diese Kalkulationen enthalten sind. Können Sie mir da weiterhelfen? Mir geht es jetzt nicht darum, ob das jetzt präzise diese fünf Minuten sind oder nicht, sondern wo das steht, dass man sich das einmal anschauen kann, und wie sich das womöglich in den letzten zwei Jahren verändert hat.

Zeugin Rüßmann: Ich war nun gestern nicht bei der Befragung von Herrn Tiemann dabei. Ich hatte die Hoffnung, dass er das als Praktiker ausführt. Herr Kolshorn könnte das jetzt auch ganz hervorragend ausführen. Das ist unterschiedlich von der Quadratmeterzahl und abhängig davon, wie die Raumklassifikation vorgenommen wurde. Dann gibt es Rechenmodelle, wie sich das dann letztendlich zusammensetzt, was die Raumklassen einzeln aussagen. Das ist aber von Raum zu Raum völlig unterschiedlich und isoliert zu betrachten.

RA Joester: Das ist nicht die Frage. Frau Bernhard meint, wo die Ursprungszahlen herkommen. Sind das bundesrepublikanische Zahlen? Sind es Bremer Zahlen? Wer hat sich die ausgedacht?

Zeugin Rüßmann: Ich habe da gestern auch nachgefragt, um das noch einmal zu verstehen. Es wurde in dem Zusammenhang das Hamburger Modell von Herrn Kolshorn und Herrn Tiemann erwähnt.

Abg. Frau Bernhard: Ist dieses Hamburger Modell öffentlich einsichtig, oder ist das in den Akten irgendwo? Können wir das auch bekommen? Ich möchte ja nur die ursprünglichen Zahlen einmal irgendwie haben. Mir geht es gar nicht darum, dass das jemand wissen muss, der hier sitzt.

RA Joester: Wir kümmern uns darum!

Zeugin Rüßmann: Ich denke, diese Unterlagen sind öffentlich zugänglich, aber wir schauen noch einmal, wo man das herbekommt.“[219]

„Abg. Frau Bernhard: Sie haben vorhin gesagt, zu Dienstplänen und Raumbüchern könnten Sie keine Angaben machen. Das heißt also, das schließt auch ein, Sie haben jetzt praktisch nicht im Kopf, wie viel Zeit beispielsweise für einen Raum veranschlagt wird, nach welchen Kriterien das abgerechnet wird et cetera?

Zeuge Niehoff: Nein! Ich weiß, dass es Leistungswerte gibt und wie man es theoretisch berechnet. Konkrete Zahlen, wie lange irgendwo ein Patientenzimmer gereinigt wird oder so, kann ich Ihnen jetzt nicht nennen.

Abg. Frau Bernhard: Wissen Sie, was die Hamburger Tabelle ist?

Zeuge Niehoff: Das ist ein Raumgruppenverzeichnis.

Abg. Frau Bernhard: Ich habe es nach wie vor nicht gefunden. Können Sie mir sagen, ob das als Grundlage verwendet wird und wo ich das finde?

Zeuge Niehoff: Mir ist jetzt nicht bekannt, dass das irgendwo als Grundlage verwendet wird, das ist ja ein Richtwert. Es ist mir jetzt nicht bekannt, ob das wirklich verwendet wird oder nicht.“[220]

---

[219] Rüßmann, Protokoll der öffentlichen Anhörung 26-3784 ff.

Das Raumbuch zur Frauenklinik, das dem Ausschuss als einziges vorlag, enthält zwar Angaben zu Raumgruppen, aber keine Leistungskennzahlen, wie schnell diese Raumgruppen gereinigt werden müssen. Die Leistungskennzahlen, die von der GND bzw. von R+S für die Raumgruppen verwendet werden, um die Reinigungszeiten für die Räume zu errechnen, wurden dem Ausschuss nie nachgereicht.

In den später vom Ausschuss angeforderten Rechnungen der GND an das KBM finden sich dagegen auch Angaben zu Leistungskennzahlen.[221] Dabei wird deutlich, dass am KBM nicht nur Raumgruppen (A bis I), sondern auch Raum-Untergruppen (A5, E1, F5 usw.) verwendet werden und dass die Leistungskennzahlen auch für verschiedene Räume derselben Raumgruppe voneinander abweichen. Das erklärt, warum sich für die Raumgruppe C „Intensiv“ einerseits eine Leistungskennzahl von 63 qm/h findet, andererseits das vom Geschäftsführer der GND genannte Beispiel auf eine höhere Leistungskennzahl hinausläuft: 43,2 Minuten für 53 qm Intensivzimmer und 5 Minuten für 14 qm Arztzimmer bedeuten, dass das Intensivzimmer in der 4027 mit einer Geschwindigkeit von 74 qm/h gereinigt wurde und das Arztzimmer mit 168 qm/h. Ebenfalls gibt es unterschiedliche Leistungskennzahlen für das Personal der GND und für das „gestellte Personal“, d.h. Beschäftigte die beim KBM angestellt sind und deren Arbeitseinsatz von der GND verwaltet wird.[222]

Das Hamburger Modell verwendet 4 Raumgruppen: Patienten- und Arzträume in normalen Stationen (A), Patientenbereiche mit besonderen hygienischen Anforderungen wie Wach- und Intensivstationen (A1), Diensträume (B), patientenferne Dienst- und Verwaltungsräume (B1).[223] Die GND verwendet 9 Raumgruppen (A bis I).[224] Die Raumgruppen der GND unterscheiden nicht zwischen Patientenzimmern allgemein und auf besonders hygieneintensiven Stationen, so dass sich z.B. auf der Frühgeborenen-Station nur die Reinigungszeiten der beiden Intensivzimmer von den Reinigungszeiten irgendeiner anderen, weniger hygienesensiblen Station unterschieden.

Raumgruppen und Leistungskennzahlen GND/KBM[225]

Raumgruppe		qm/h		min. für 20 qm	
		GND	Gestelltes Personal	GND	Gestelltes Personal
A	Patientenzimmer, Diensträume	180			
B	Büroräume, Aufenthaltsräume	172-178	125	6,7	9,6
C	OP-Räume, Kreißsaal, Ambulanz	63-74		17,4	

[220] Niehoff, Protokoll der öffentlichen Anhörung 30-4309 f.
[221] Rechnungen GND ans KBM Januar-Juli 2011, Band 219, S. 53 f, S. 82, S. 252 ff., S. 308; Rechnungen GND ans KBM August-Dezember 2011, Band 220, S. 44 ff.
[222] Band 219, S. 255 ff. enthält Leistungskennzahlen für gestelltes Personal
[223] Petra Strunk, CleanNet, S. 24
[224] Band 80, S. 7
[225] Eigene Zusammenstellung, Daten: Band 219 und 220 s. oben, für C auch Angaben des Geschäftsführers 25-3660 f. Für die Grafik zu Beginn Kapitel III.2.4 wurden jeweils die Durchschnittswerte der Spalte KSG zugrunde gelegt.

D	Phsyiotherapie, Labor, OP-Nebenräume, OP-Flure	?			
E	Sanitärräume, Spülräume	92-114	60	12,2	20,0
F+G	Flure, Hallen, Treppe	251-265	150	4,5	8,0
I	Lager, Balkon	233-247	210	4,9	5,7

Die Leistungskennzahlen der GND entsprechen nicht dem Hamburger Modell, sondern es wurde erheblich schneller gereinigt. Der Wert für die Intensivzimmer in der Neonatologie KBM lag demnach um 50% höher als der Wert in der Hamburger Tabelle 1990 für „Patientenbereiche mit besonderen hygienischen Anforderungen“ , der Wert für ein Patientenzimmer (Raumgruppe A) um 100% höher als für die Raumgruppe „Patientenzimmer und Diensträume im Stationsbereich“ im Hamburger Modell 1990. Die Leistungskennzahlen der GND liegen im Bereich der Patientenzimmer und der Sanitärräume auch erheblich über z.B. den von Lutz 2001 veranschlagten Werten.

Unterhaltsreinigung (UHR) auf den verschiedenen Stationen

Dem Ausschuss wurde von der GND ein sogenanntes **„Bereichsregister“** vorgelegt für das KBM 2011. Darin sind für die einzelnen Stationen die Quadratmeter, die Jahres- und Monatsfläche (also qm mal Häufigkeit der Reinigung pro Jahr und pro Monat), die Jahres- und Monatsstunden und die berechneten Kosten aufgeführt. Das „Bereichsregister“ ist eine Excel-Liste, die Additionsfehler enthält: Die Gesamtzahl der Reinigungsstunden 2011 für das KBM beträgt nicht 375.000 Stunden wie ausgewiesen, sondern 135.000 Stunden.[226] Die Leistungskennzahlen sind nicht ausgewiesen, lassen sich aber aus den Angaben errechnen. Für den Bereich Frauenklinik ergeben sich die folgenden Werte:[227]

Reinigungszeit laut Bereichsregister Frauenklinik

	Bereichsregister			
Bereich	**Fläche qm**	**Jahresfläche**	**Jahresstd.**	**qm/h**
Kreißsaal				
Fr.kl. Allg.	3.775,53	792.257,30	4.180,65	189,51
Chefarzt	305,91	60.250,02	337,59	178,47
Praxis Frenz	258,96	38.455,71	229,07	167,88
Pränat.Diag.	140,52	45.021,98	272,88	164,99
Humangen.	241,53	25.215,73	138,45	182,13
Station 3	624,12	220.316,63	1.373,45	160,41
Stat.3 NR				
Station 4027	**474,78**	**175.889,47**	**1.636,70**	**107,47**
Station 4010	42,10	13.247,32	51,69	256,28
Onkol.Tag.kl				

[226] An 2 Stellen ist die qm-Zahl fehlerhaft in die Spalte „Jahresstunden“ kopiert; die richtige Jahresstunden-Zahl lässt sich auch aus der Spalte „Monatsstunden“ mal 12 ermitteln.

[227] Kreißsaal und OPs werden offenbar außerhalb des „Registers“ abgerechnet. In der folgenden Tabelle sind nur die Zeilen aufgeführt, die sich eindeutig den im Dienstplan (Band 23) genannten Stationen zuordnen lassen.

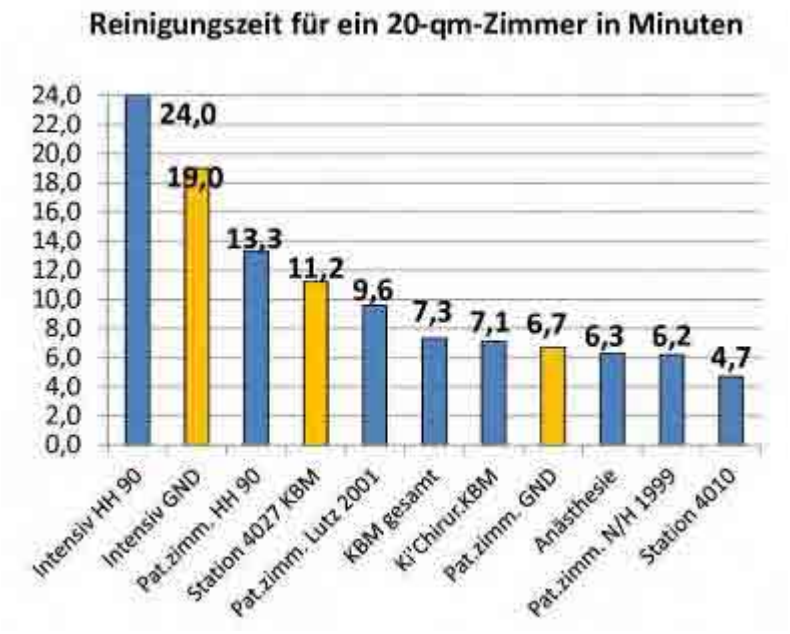
Station 6	6,49	338,78	1,45	233,64
Station 7	701,08	227.463,33	1.374,62	165,47
Zytostase	18,81	225,83	1,57	143,84
Stat.6 Derma	614,66	213.035,25	1.259,40	169,16
Tag.kl.Derma	486,94	106.391,43	701,25	151,72
	7.691,43	**1.918.108,78**	**11.558,77**	**165,94**

Auch hier zeigt der Vergleich sehr hohe Reinigungsgeschwindigkeiten. Die laufende Unterhaltsreinigung z.B. in der Kinderchirurgie insgesamt erfolgte mit einer höheren Reinigungsgeschwindigkeit, als dies im Hamburger Modell oder bei Lutz 2001 für ein Patientenzimmer veranschlagt ist.

[228]

In die anschaulichere Darstellung überführt, wie viel Zeit für die Reinigung eines 20-qm-Raums zur Verfügung steht, stellen sich die Werte so dar:

[228] Diese und folgende Grafik: Eigene Grafik, Daten siehe Anm. 214 und 225



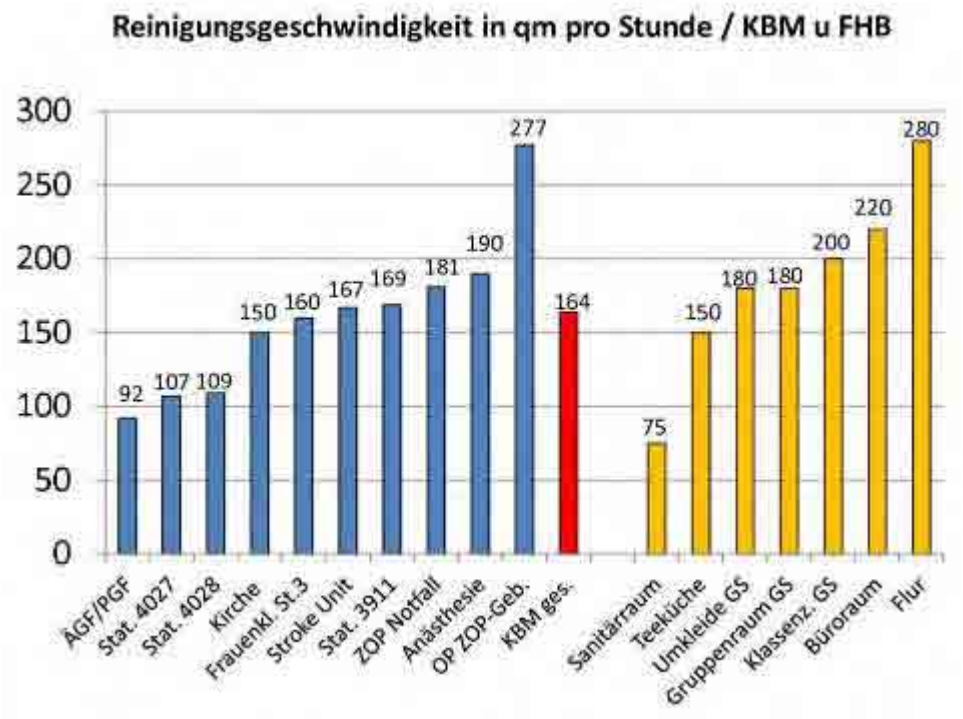
Der Vergleich der Reinigungszeiten für die verschiedenen Klinikbereiche deutet nicht darauf hin, dass die Reinigungszeiten vorrangig aus hygienischen Einschätzungen abgeleitet sind. **Aus dem Gesamtregister 2011 ergibt sich, dass z.B. die Räume der Pflegerischen und der Ärztlichen Geschäftsführung mit einer niedrigeren Leistungskennzahl (also mehr Zeit pro qm) gereinigt werden als die Neonatologie.** Auch für Kirche und Finanzabteilung stehen mehr Reinigungszeit pro qm zur Verfügung, als z.B. für die Kinderchirurgie oder die Allgemeine Anästhesie.

Reinigungszeit ausgewählter Bereiche laut Bereichsregister

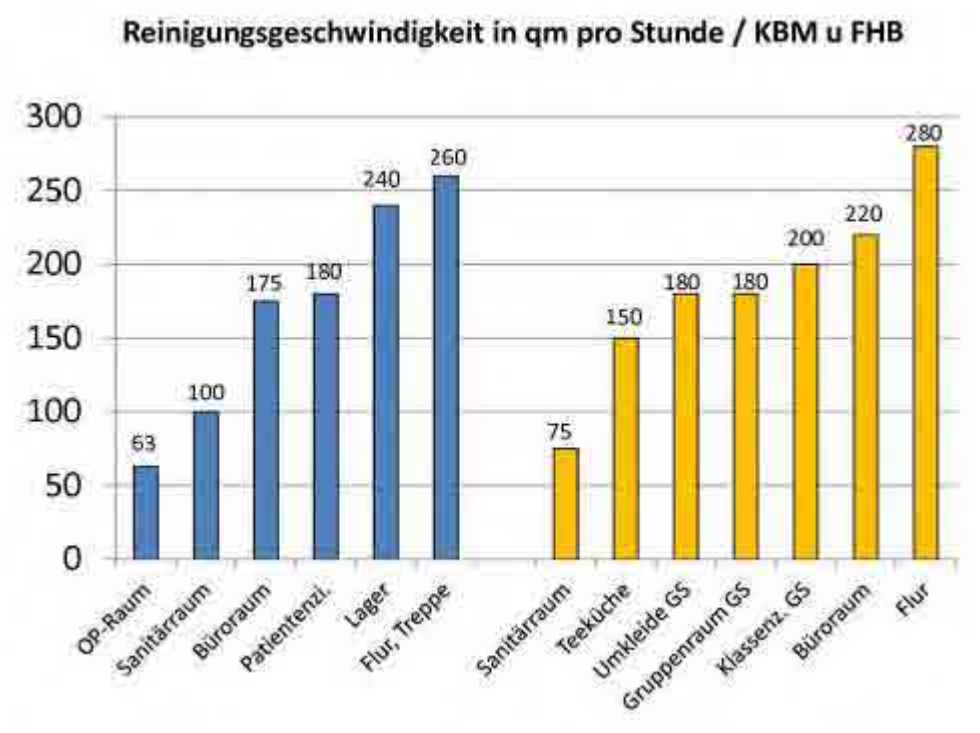
	Bereichsregister			
Bereich	**Fläche qm**	**Jahresfläche**	**Jahresstd.**	**qm/h**
Krankenpfl.-Direktion	10,58	2.761,38	30,02	91,98
ÄGF	14,87	3.881,07	42,19	91,99
PGF	40,58	10.591,38	115,12	92,00
Station 4027	**474,78**	**175.889,47**	**1.636,70**	**107,47**
Station 4028	**565,20**	**180.564,81**	**1.645,42**	**109,74**
IPS	1.905,08	1.121.620,88	9.304,24	120,55
Kirche	100,00	26.100,00	177,60	146,96
Finanzabteilung	1.228,85	140.065,23	878,46	159,44
Frauenklinik Stat. 3	624,12	220.316,63	1.373,45	160,41
Stroke Unit	724,94	222.043,92	1.325,41	167,53
Änästh.Kamp	143,69	23.891,57	142,31	167,88
Stat. 3911	337,11	108.698,12	643,50	168,92
KGF	218,92	30.300,80	178,71	169,55
Pathologie	1.206,35	208.634,39	1.173,16	177,84
Verwaltung	1.360,71	170.341,29	955,20	178,33
ZOP Notfall	1.465,94	471.855,90	2.606,75	181,01
Änasth.Allg.	477,95	123.774,55	652,46	189,70

Frauenklinik Stat. 6	6,49	338,78	1,45	233,64
Station 4010	42,10	13.247,32	51,69	256,28
ZOP-Geb. OP	72,80	19.000,80	68,59	277,02
KBM ges.	**84.744,74**	**21.399.774,63**	**130.576,56**	**163,89**

Ein Vergleich des KBM-Registers mit der Bremer Einigung zur Eigenreinigung ergibt, dass z.B. ein Sanitärraum in der Bremer Verwaltung mit mehr Zeit pro qm gereinigt wird, als die Neonatologie am KBM. **Die meisten Stationen am KBM werden in etwa mit derselben Reinigungsgeschwindigkeit gereinigt wie ein durchschnittliches Klassenzimmer an einer Bremer Grundschule oder ein Umkleideraum.** Für eine Teeküche in einer Bremer Schule steht mehr Reinigungszeit pro qm zur Verfügung, als für die Kinderchirurgie oder die Station Anästhesie und Intensivmedizin am KBM.



Hier noch einmal die Leistungskennzahlen KBM und FHB/Eigenreinigung im Vergleich.



Verkürzung der Reinigungszeiten

Die Reinigungszeiten wurden in der GND im Herbst 2009 verkürzt, wie sich aus den Protokollen des Konzernbetriebsrats entnehmen lässt:

> „Markus Rohdenburg berichtet von den Problemen der KSG-Mitarbeiterinnen. Diese haben jetzt nur noch die Hälfte der Zeit zur Verfügung und müssen z.B. ein Patientenzimmer in 5 Minuten reinigen. Die KollegInnen sind dem Druck nicht mehr gewachsen. (…) Herr Dr. Hansen sieht das Problem nicht in der KSG sondern in den Reinigungsplänen. Hier muss sorgfältig geprüft werden, wie die Reinigungsfrequenz ist und ob es einen Korrekturbedarf gibt.“[229]

> „„Frau Rüssmann und Herr Richter wurden zur Klärung offener Punkte in die Sitzung eingeladen.
> Markus Rohdenburg berichtet von den Problemen mit der KSG im KBO:
> - Die KollegInnen der KSG haben für ein Patientenzimmer nur 5-6 Minuten Zeit, die eigenen KollegInnen 8 Minuten.
> - Fraglich ist, ob hier die Hygienestandards eingehalten werden können.
> (…) Frau Rüssmann nimmt zu den Punkten wie folgt Stellung: Die Raumbücher können in den Räumen der KSG eingesehen werden, in Mitte und Ost liegen sie auch in elektronischer Form vor. Die Reinigungszeit für ein Patientenzimmer beträgt 5,92 Minuten, dies ist auch in den Raumbüchern verankert. Diese Vorgaben gelten für alle Häuser, es gibt sie schon lange, wurden aber bisher nicht eingehalten.“[230]

Demnach erfolgte im Herbst 2009 eine Verkürzung der Reinigungszeiten dergestalt, dass bis dahin auch für die GND-Beschäftigten die Leistungskennzahlen verwendet wurden, wie sie für das KBM-Personal („gestelltes Personal“) gelten. Ab Herbst 2009 wurden dagegen für die

[229] Monatsgespräch KBR mit GF GeNo vom 19.10.2009, TOP 6 Personalentwicklung in der KSG, Band 184, S. 32
[230] Monatsgespräch KBR vom 16.11.2009, TOP 4 Situation KSG, Band 184, S. 37 f.

GND-Beschäftigten die „Vorgaben“ der R+S angewendet, die (wie oben in der Tabelle dargestellt) 30 bis 40 % höher liegen, was einer 30 bis 45-prozentigen Verkürzung der Reinigungszeiten entspricht. **Ab Herbst 2009 wurde die Reinigung damit erheblich schlechter.**

Eine erneute Verkürzung der Reinigungszeiten fand im Herbst 2011 statt:

> „Sebastian Wriedt berichtet, dass die VorarbeiterInnen und Leitungen der GND die Zeitvorgaben gekürzt haben und fordert hier die generellen Kriterien für die Vergabe der Reinigungsleistungen ein..“[231]

Diese weitere Verkürzung der Reinigungszeiten im Herbst 2011 lässt sich in den Unterlagen nicht genau nachvollziehen. Im KBR wird der Feststellung, die Zeiten seien verkürzt worden, aber von niemand widersprochen. Die R+S hatte jede Möglichkeit, über die Zuordnung von Räumen zu anderen Unter-Raumgruppen oder individuelle Veränderung der Leistungskennzahlen für einzelne Räume die Reinigungsgeschwindigkeit zu erhöhen. Es gibt daher keinen Grund die Darstellung im KBR zu bezweifeln, **dass die Reinigung im Herbst 2011 erneut schneller und damit schlechter wurde.**

Die Bremer Vereinbarung zur Eigenreinigung beruht auf mit der zuständigen Gewerkschaft geeinigten Leistungskennzahlen und der Festlegung, dass es objektbezogene Aufschläge bei der Reinigungszeit gibt, wenn die besondere Gegebenheit der Räume es erfordert; dies muss dann mit der Beschäftigtenvertretung vereinbart werden. Die Reinigungszeiten in der GeNo werden stattdessen in einem willkürlichen Verfahren von der Managementfirma R+S einseitig festgelegt und verändert, das vollständig intransparent und der Mitwirkung der Beschäftigtenvertretung vollständig entzogen ist. Nicht nur die Beschäftigten sind so einer Verschärfung der Arbeitsbelastung wehrlos ausgeliefert, auch eine systematische Überprüfung nach hygienisch-medizinischen Standards ist so nicht möglich. Dass die Leistungskennzahlen weder vorgetragen werden konnten noch nachgereicht wurden, lässt darauf schließen, dass die Intransparenz System hat und die Reinigungszeiten letztlich freihändig von der R+S festgelegt und verändert werden.

Dass die Reinigungszeiten einfach nicht reichen, um die geforderten Anforderungen zu erfüllen, berichtete auch der Betriebsratsvorsitzende der GND:

> „Vorsitzende: Halten Sie das Hygienemanagement der GeNo für ausreichend?
>
> Zeuge Fischer: Ich habe von der Hygiene nicht besonders viel Ahnung. Ich weiß aber, was es heißt, sauberzumachen oder zu reinigen, und ich weiß, wie viele Beschwerden wir bekommen, was uns unsere Reinigungskräfte sagen, dass sie mit den Zeitvorgaben eigentlich - - . Die sind nicht umzusetzen.
>
> Vorsitzende: Wenn diese Mitarbeiter das sagen, was bedeutet das dann? Das nicht ordentlich gereinigt wird?
>
> Zeuge Fischer: Das bedeutet, dass sie für eine Station Zeitvorgaben bekommen, in der sie die Station nicht hundertprozentig reinigen können, oder sie müssen Zeit hinten anhängen, womit sie meistens dann aber ein Problem haben, diese Zeit bezahlt zu bekommen. Dementsprechend gehen sie dann auch damit um, das ist natürlich.“[232]

---

[231] Monatsgespräch KBR vom 21.11.2011, TOP 3 Bericht der GF über deren Beschlüsse, Aktivitäten und Planungen seit den letzten Monatsgesprächen, Band 184, S. 176

[232] Thomas Fischer, Protokoll der öffentlichen Anhörung 11-1309

Dass die **Kalkulation der Reinigungszeiten letztlich so erfolgte, dass sie nicht den hygienischen Anforderungen, sondern dem finanziell festgelegten Rahmen angepasst wurden**, lässt sich auch der folgenden Mail entnehmen, die der Controller der R+S an die GeNo-Geschäftsführung und die GND-Geschäftsführung schickte:

> „Nach nochmaliger Überarbeitung auf Grund umsatzvermindernder Vorgaben der Muttergesellschaft, sowie der Erhöhung des Anspannungsgrades in den einzelnen Objekten ergibt sich das in der Anlage beigefügte Budget für 2012 (…) Um überhaupt ein positives Ergebnis belastbar zu planen, haben wir Innovations- bzw. Rationalisierungserfolge für die Klinika KBO und LdW im Gesamtwert von 110.000,00 € in das vorliegende Budget eingearbeitet.“[233]

Reinigungszeiten in der Neonatologie

Für die tägliche Reinigung der Station 4027 standen laut Bereichsregister 4,5 Stunden zur Verfügung, für eine Station mit gut 20 Räumen unterschiedlicher Raumklasse und insgesamt 475 qm. Die vorgegebene Reinigungsgeschwindigkeit bedeutet anschaulich übersetzt, dass ein 20qm-Zimmer in 11 Minuten gereinigt werden muss.

Man kann es auch so sagen: Wer seine 80qm-Wohnung täglich 45 Minuten putzt, betreibt umgerechnet denselben zeitlichen Aufwand für Reinigung, wie er am KBM in der Neonatologie betrieben wurde. Wer einmal in der Woche 3 Stunden aufwendet, um seine 80qm-Wohnung sauber zu machen, betreibt etwa denselben zeitlichen Reinigungsaufwand, wie er auf der Dermatologie-Station oder der Station 3 der Frauenklinik betrieben wird.

Reinigungszeit laut Bereichsregister Frauenklinik						**tägliche Reinigungs-min. für 80 qm**	**wöchentl. Reinigungs-std. für 80 qm**
	Bereichsregister						
Bereich	**Fläche qm**	**Monatsstd.**	**Tagesstd.**	**qm/h**	**min/qm**		
Kreißsaal							
Fr.kl. Allg.	3.775,53	350,61	11,46	329,51	0,18	14,57	1,70
Chefarzt	305,91	28,13	0,92	332,77	0,18	14,42	1,68
Praxis Frenz	258,96	19,09	0,62	415,10	0,14	11,56	1,35
Pränat.Diag.	140,52	22,74	0,74	189,09	0,32	25,38	2,96
Humangen.	241,53	11,54	0,38	640,45	0,09	7,49	0,87
Station 3	624,12	114,45	3,74	166,87	0,36	28,77	3,36
Stat.3 NR							
Station 4027	**474,78**	**136,39**	**4,46**	**106,52**	**0,56**	**45,06**	**5,26**
Station 4010	42,10	4,31	0,14	298,90	0,20	16,06	1,87
Onkol.Tag.kl							
Station 6	6,49	0,12	0,00	1.654,95	0,04	2,90	0,34
Station 7	701,08	114,56	3,74	187,26	0,32	25,63	2,99
Zytostase	18,81	0,30	0,01	1.918,62	0,03	2,50	0,29
Stat.6 Derma	614,66	104,95	3,43	179,21	0,33	26,78	3,12

[233] Mail Jörg Ehricht an Rüßmann u.a. vom 4.11.2011, Band 187, S. 458

Tag.kl.Derma	486,94	58,43	1,91	255,01	0,24	18,82	2,20
ohne Kreiß.	**7.691,43**	**965,62**	**31,56**	**243,74**	**0,25**	**19,69**	**2,30**

Die in den Dienstplänen der Frauenklinik ausgewiesenen Schichtstunden[234] stimmen in der Summe nicht mit den Stundenzahlen im Bereichsregister überein. Die Zuordnung ist teilweise unterschiedlich, was den Vergleich erschwert. Wenn man nur die Stationen vergleicht, die sich eindeutig zuordnen lassen zwischen Dienstplänen und Bereichsregister, wird deutlich, dass die Stunden im Bereichsregister nicht ausreichen, um die Dienstplanstunden abzudecken.

Die Monatsstunden im Bereichsregister stimmen mit den monatlichen Rechnungen überein, die von der GND ans KBM gestellt wurden; was im Register steht, ist das was bezahlt wird.[235] Das ist um durchschnittlich 12 Prozent weniger als das, was in den Dienstplänen als Zeit angegeben ist.

Die wahrscheinlichste Erklärung ist, dass seitens der GND bzw. der R+S Ausfallzeiten eingeplant sind, d.h. die Vorgehensweise, dass wegen Krankheit ausfallende MitarbeiterInnen nicht ersetzt werden sondern Schichten dann an dem betreffenden Tag einfach nicht gemacht werden.

Dies deckt sich auch mit der Einschätzung des Betriebsratsvorsitzenden, dass ausfallende Schichten häufig nicht ersetzt werden:

> „Zeuge Fischer: Wenn ich mit neun Kollegen zusammen in einer Betriebsratssitzung sitze - und wir sitzen turnusmäßig jeden Mittwoch - und davon sieben Leute im Dienstplan auf irgendeiner Station als Reinigungskraft eingeteilt sind, dann können Sie sich vorstellen, was ich von dem Dienstplan halte. Wir haben auch diesbezüglich jetzt extra einen Dienstplanausschuss gegründet, um der Sache auf den Grund zu gehen.
>
> Abg. Fecker: Was vermuten Sie denn, heißt das, dass in der Zeit dann die Arbeit nicht erbracht wird oder dass die Arbeit dann auch auf die anderen im Dienstplan vielleicht befindlichen Kolleginnen und Kollegen abgewälzt wird?
>
> Zeuge Fischer: Das weiß ich nicht, darüber möchte ich eigentlich keine Spekulationen abgeben. Fakt ist, wenn meine Kollegen neben mir sitzen, weiß ich, dass der Dienstplan, der vor mir liegt, nicht korrekt ist.“[236]

Bereichsregister und Dienstpläne Frauenklinik

	Bereichsregister		**Stunden lt. Dienstplänen**					**Differenz**	**Diff.**
Bereich	**qm**	**Monatsstd.**	**Mo-Fr**	**Sa**	**So**	**Jahr**	**Monat**	**DP/Reg.**	**Prozent**
Kreißsaal			7,5	7,5	7,5	2.737,50			
Fr.kl. Allg.	3775,5	350,61	17,5	5,25	5,25	5.106,50	425,54	-74,93	-17,61%
Chefarzt	305,91	28,13	1,5			390,00	32,50	-4,37	-13,45%
Praxis Frenz	258,96	19,09	2			520,00	43,33	-24,24	-55,95%

[234] Band 23, S. 504 ff.
[235] Rechnungen GND ans KBM, Band 209, 210, 219, 220
[236] Thomas Fischer, Protokoll der öffentlichen Anhörung 11-1315

Pränat.Diag.	140,52	22,74	1,25	1	1	325,00	27,08	-4,34	-16,04%
Humangen.	241,53	11,54	0,4			104,00	8,67	2,87	33,15%
Station 3	624,12	114,45	4	3	1,5	1.277,00	106,42	8,03	7,55%
Stat.3 NR			0,5		0,5	156,00	13,00	-13,00	
Station 4027	**474,78**	**136,39**	**5,5**	**5,5**	**5**	**1.981,50**	**165,13**	**-28,74**	**-17,40%**
Station 4010	42,1	4,31						4,31	
Onkol.Tag.kl	268,07		0,6			156,00	13,00	-13,00	
Station 6	6,49	0,12						0,12	
Station 7	701,08	114,56	4	3	1,5	1.277,00	106,42	8,14	7,65%
Zytostase	18,81	0,3						0,30	
Stat.6 Derma	614,66	104,95	4	3,5	1,25	1.290,50	107,54	-2,59	-2,41%
Tag.kl.Derma	486,94	58,43	2,5			650,00	54,17	4,26	7,87%
			51,25	28,8	23,5	15.971,00			
ohne Kreißsaal		**965,62**	**43,75**	**21,3**	**16**	**13.233,50**	**1.102,79**	**-137,17**	**-12,44%**

Für die Frühgeborenen-Station 4027, die täglich gereinigt wird, sind im Bereichsregister umgerechnet 4,5 Stunden täglich angegeben, im Dienstplan dagegen 5,5 Stunden, die GND-Geschäftsführerin gab im Ausschuss 5,4 Stunden an. Nach der Konfrontation mit dem Reinigungsgutachten von Lutz Weber wurde die Stundenzahl im Juni 2012 erhöht:

> „Vorsitzende: Wer legt eigentlich fest, wie viel Zeit zur Reinigung einer bestimmten Räumlichkeit aufgewendet werden kann?
>
> Zeugin Rüßmann: Da kann ich Ihnen natürlich auch nur sagen, was ich versucht habe, in Erfahrung zu bringen. Mir ist gesagt worden, dass das Bundeswerte, Durchschnittswerte und Erfahrungswerte sind. Durch die Beobachtung der Mitarbeiter haben auch im Jahr 2011 Korrekturmaßnahmen speziell im betroffenen Bereich stattgefunden, weil die Mitarbeiter zu der Zeit laut Raumbuch mit geplanten 5,4 Stunden eingesetzt waren - auf sechs Stunden war die Zeitvorgabe sowieso schon erhöht worden -, und dadurch dass jetzt spezielle Schutzmaßnahmen, sprich dass Schutzkleidung angelegt werden muss, sind seitdem acht Stunden in dem Bereich gegeben worden.“[237]

Man muss sich an dieser Stelle noch einmal die räumlichen Gegebenheiten vergegenwärtigen. Die Frühgeborenen-Station 4027 hat 475 qm. Darunter sind 2 Intensivräume (440, 441) mit 55 bzw. 58 qm, 7 Patienten- und Personalräume mit je ca. 20 qm, 5 Sanitärräume (WCs, Bäder) mit je 3 qm, 4 Labor-, Desinfektions- und Spülräume mit je 7 bis 9 qm, 5 Lager- und Geräteräume von 3 bis 21 qm, 2 Flure und 2 Schleusen mit zusammen 104 qm.

Nach den vom Geschäftsführer der GND gemachten Angaben zur Reinigungsgeschwindigkeit (s.o.) muss man sich **den täglichen Arbeitsablauf im Jahr 2011** vermutlich etwa so vorstellen:

2 Intensivräume	je 45 bzw. 47 min	1:30 h
7 Patienten- und Personalräume	je 7,5 min	0:53 h

[237] Judith Rüssmann, Protokoll der öffentlichen Anhörung 26-3737. Die Anweisung zur Verwendung von Einmalhandschuhen erfolgte im Juni 2012, die acht Stunden würden demnach ab da gelten. Ob die Station 4027, die ja derzeit nicht genutzt wird, dennoch gereinigt wird (mit jetzt 8 Std), ist nicht klar.

9 Sanitär, Labor, Desinfektion	je 15 min	2:15 h
5 Lager-und Geräteräume	je 5 min	0:25 h
4 Flure bzw. Schleusen	je 5 min	0:20 h
Zusammen		5:23 h
Plus 7 min Rüstzeit und Pausenzeit		5:30 h

In dieser Zeit reinigt das Reinigungspersonal nicht nur die Böden, Toiletten, Waschbecken, Badewannen, Schränke und Regale, sondern auch den Medikamentenkühlschrank (von außen), die Telefone und das Mobiliar.[238]Auch die halbhohen „Versorgungsleisten“ mit den Anschlüssen für Geräte werden vom Reinigungspersonal gereinigt.[239] Infusionsständer und patientennahe Flächen, Instrumente, PC-Tastaturen, Inkubatoren und Wärmebetten, Pflegewagen und Waschschüsseln werden dagegen vom Pflegepersonal gereinigt und desinfiziert[240], während es 3 bis 4 Frühgeborene pro Person betreut.

Regiestunden

Zusätzliche Reinigungsarbeiten über das Bereichsregister hinaus werden über sogenannte „Regiestunden“ erbracht. Das sind zusätzliche Arbeiten, die beauftragt und von der GND-Leitung bewilligt werden.

Die Sichtung der abgerechneten Regiestunden aus 2011[241] ergibt, dass in den Bereichen Kinderklinik und Frauenklinik regelmäßig Regiestunden abgerechnet wurden für folgende Leistungen:

Rohrpost	wöchentlich 1,5 Stunden[242]
Kinderzentrum[243]	täglich 8 Stunden
Service für Veranstaltungen	je nach Veranstaltungszahl
Unkraut beseitigen Terrasse u.a.	in mehrmonatigen Abständen
Vorhänge wechseln nach MRSA	je nach Anfall

Darüber hinaus wurden noch einige Stunden für besondere Einsätze über Regiestunden abgerechnet wie etwa Reinigung der Klimaanlage im OP Frauenklinik.

Zusätzliche Regiestunden etwa nach der Ausbruchsmeldung vom 7.9.2011 sind nicht abgerechnet worden. Auch die monatliche Reinigungsleistung im Rahmen des Bereichsregisters hat sich nicht verändert. **Die Reinigungsleistung wurde also nach der Meldung vom 7.9.2011 bis zur Schließung im November 2011 nicht erhöht.**

---

[238] Desinfektionsplan Teil II

[239] Daniela Wendorff, Protokoll der öffentlichen Anhörung 27-3872

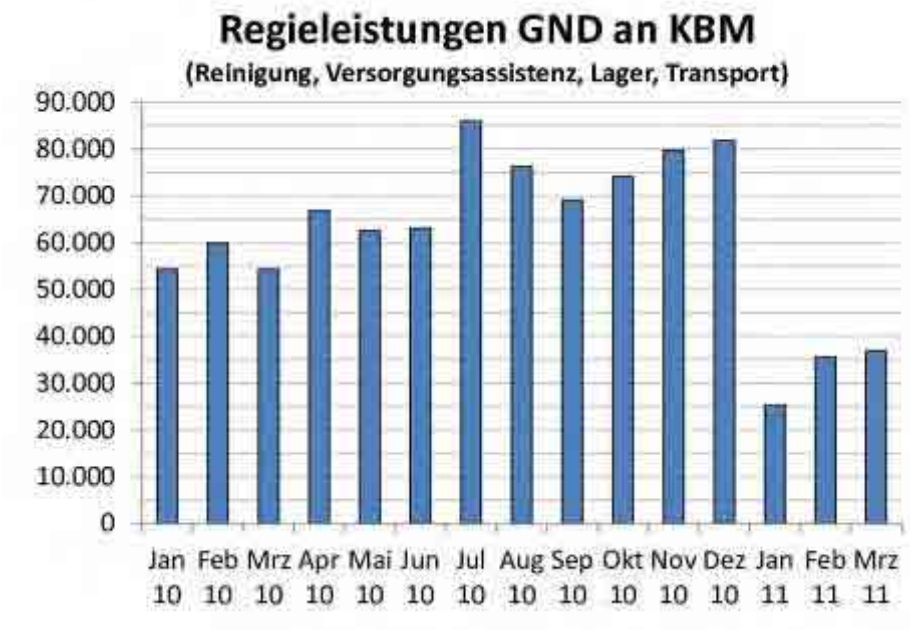
[240] Raumbuch, Band 80

[241] Band 215-218

[242] Klar ist (auch angesichts der dafür veranschlagten Zeit), dass die Rohrpost selbst (also die Führungsrohre) sich gar nicht reinigen lässt, sondern immer nur die „Bahnhöfe“, d.h. die Entnahmestellen.

[243] Dies hat nichts mit der Kinderklinik zu tun, sondern ist das Sozialpädiatrische Institut am KBM, siehe http://www.gesundheitnord.de/sozialpaediatrischesinstitut.html

Dagegen wurde die Reinigungsleistung 2011 gegenüber 2010 insgesamt am KBM und auch in Frauen- und Kinderklinik deutlich reduziert. Für 2010 sind hier noch eine Vielzahl von Regiestunden abgerechnet worden, was in 2011 nicht mehr der Fall ist.

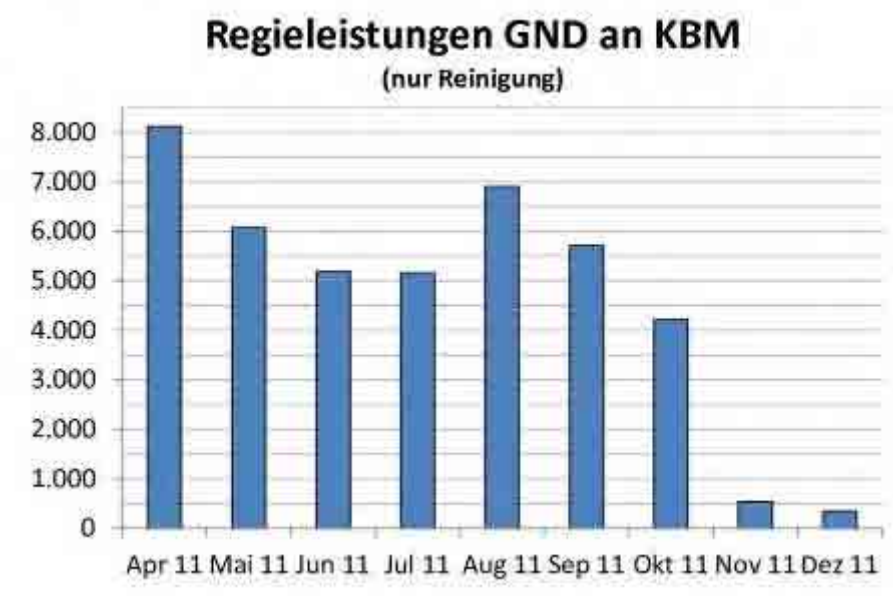


[244]

Bei den Rechnungen der GND an das KBM wurde ab April 2011 die Zuordnung geändert. Wurden bis dahin Regieleistungen für Reinigung, Versorgungsassistenz, Zentrallager und Transporte gemeinsam in Rechnung gestellt, so wurden ab April 2011 die Reinigungsleistungen separat in Rechnung gestellt. Der Ausschuss hat für diesen Zeitraum auch nur die Regierechnungen Reinigung vorliegen. Die Zahlen ab April 2011 sind daher mit den Zahlen vor April 2011 nicht vergleichbar.

Es zeigt sich jedoch das gleiche Bild. Die Regieleistungen „Reinigung, Versorgungsassistenz, Lager, Transport“, die vom KBM bei der GND angefordert wurden, vielen mit Beginn 2011 drastisch ab. Die reinen Regieleistungen Reinigung, die ab April 2011 ausgewiesen sind, fielen im Jahr 2011 kontinuierlich und sanken ab November 2011 nochmals drastisch.

[244] Eigene Grafik. Daten: Rechnungen GND an KBM: Regie, Band 211 bis 215. Regieleistungen in Euro (linke Achse).



[245]

Der Verzicht auf Regiestunden war direkte Politik der Geschäftsführung KBM. So findet sich in den Protokollen der Geschäftsführungssitzungen des KBM im Oktober 2011 folgende Ausführung:

> Anforderung von Regieleistungen der GND
>
> Herr Dr. Pfeiffer informiert, dass von der IPS (…) Regieleistungen angefordert werden. Frau Wendorff wird gebeten, dies über die Klinikpflegeleitung mit sofortiger Wirkung abstellen zu lassen. (…)
>
> Die Leistungsanforderungen von der IPS wurden eingestellt. Regieleistungen können nur noch mit Unterschrift von Dr. Pfeiffer angefordert werden. Die Gerätereinigung soll ab sofort durch FSJler erfolgen. (…)
>
> Frau Wendorff bestätigt, dass ab sofort die Gerätereinigung durch FSJler efolgt.[246]

Die Reinigungsleistungen am KBM wurden 2011 gegenüber 2010 und laufend in 2011 somit verringert. Bei gleichbleibenden Rechnungen nach Bereichsregister wurden die Regiestunden deutlich gekürzt.

Unterschiedliche Reinigungsleistungen Frauenklinik und Kinderklinik

Neben der laufenden Unterhaltsreinigung (UHR) und den Regiestunden existieren am KBM noch zwei weitere Reinigungsleistungen: Zusätzliche Reinigung für OP-Bereiche (einschließlich Kreißsaal) und zusätzliche Reinigungszeit durch „gestelltes Personal“.

Für OP-Bereiche genügt die laufende Unterhaltsreinigung nicht, sondern es muss nach jedem Eingriff und ggf. nach jeder Kontamination desinfizierend gereinigt werden. „Reinigung OP-Bereiche“ stellt eine, nach Bereichen untergliederte, eigene Kostenstelle dar, die von der GND zusätzlich monatlich pauschal in Rechnung gestellt wird. Dabei wird OP-Reinigung durch GND-Personal und durch gestelltes Personal getrennt aufgeführt, da der Kostensatz

[245] Eigene Grafik. Daten: Rechnungen GND an KBM, Regie, Band 216 bis 218
[246] Protokolle der Geschäftsführungssitzungen KBM, Beschluss Nr. 304, Protokoll vom 17.10.2011 / 14.11.2011 / 21.11.2011, Band 203, Fach 4, S. 59

unterschiedlich ist. Gestelltes Personal ist am KBM hauptsächlich in der OP-Reinigung eingesetzt.

Im Vergleich der Frauenklinik (hier lag die Neonatologie) mit der Kinderklinik (hier liegt im Altbau die Intensivstation 4028 und im Neubau die Kinderchirurgie 3911) werden Unterschiede in der Reinigungssituation deutlich.

Monatliche Reinigungsleistungen (in €)	Frauenklinik	Kinderklinik
Unterhaltsreinigung (UHR)	Station 4027: 2.451,61	Station 4028: 2.455,32
OP-Bereiche		
Durch gestelltes Personal	3.197,85	5.710.45
Durch GND-Personal	1.517,69	2.661,12
UHR durch gestelltes Personal	0,00	6.070,56

[247]

Während die beiden Intensivstationen 4027 und 4028 hinsichtlich der laufenden UHR etwa gleich behandelt wurden, war die Kinderklinik hinsichtlich der OP-Reinigung besser ausgestattet als die Frauenklinik. **Außerdem verfügt die Kinderklinik noch über zusätzliche Unterhaltsreinigung durch gestelltes Personal, also eigene Reinigungskräfte. Dies war ein wesentlicher Unterschied zur Reinigungssituation in der Neonatologie.**

Wie aus den Regieanforderungen ersichtlich ist, wurden im Jahr 2010 von der Kinderklinik in nicht unerheblichem Maße zusätzliche Regiestunden angefordert und eingesetzt, vor allem im Bereich Versorgungsassistenz und Bettenaufbereitung, aber auch für zusätzliche Reinigungsleistungen. Dies war für die Neonatologie nicht der Fall. Von der Frauenklinik wurden entsprechende zusätzliche Regieleistungen ebenfalls angefordert und eingesetzt, aber für andere Stationen als die 4027.

Die Station 4028 war demnach gegenüber der Station 4027 nicht nur bei der Ausstattung mit Pflegepersonal erheblich bessergestellt gewesen, sondern auch bei der Ausstattung mit Reinigungspersonal. Dies ist ein wesentlicher Befund angesichts der Tatsache, dass sich das Ausbruchsgeschehen ganz überwiegend auf die Station 4027 konzentrierte.

> „Zeuge Dr. Eckmanns: Es war noch die Station 4028 betroffen, und zwar hauptsächlich deswegen, weil auch Kinder, die positiv waren, immer wieder dorthin gelegt wurden. Die Station 4028 ist die Intensivstation, die auch neonatologische Kinder betreut. Dort lagen auch einige Kinder, aber wenn wir uns das ganze Geschehen angeschaut haben, kam es wahrscheinlich auf der Station 4027 zu den meisten Übertragungen. Es lagen dann, glaube ich, auch ein- oder zweimal noch Kinder auf anderen Stationen, sodass wir deswegen auch der gesamten Kinderklinik gesagt haben, dass das ständige Screening dort ablaufen sollte. 90 oder 95 Prozent des Geschehens fanden aber auf den Stationen 4027 und 4028 statt, und davon noch einmal bestimmt 80 Prozent auf der Station 4027.

[247] Eigene Zusammenstellung, Daten: Rechnungen GND an KBM, Regie, Band 214-218

Die Station 4028 war vor allen Dingen deswegen involviert, weil auch dort Kinder betreut wurden.“[248]

Reinigungshäufigkeit

Während die Personalvertreter im KBR und in der Anhörung wiederholt die Reinigungszeiten und die Reinigungsgeschwindigkeit thematisierten, richtet sich die subjektive Wahrnehmung der Ärzte vorrangig auf die Frage der Reinigungshäufigkeit, d.h. wie oft gereinigt wird.

„Wichtig ist, wir haben unsere Hygienepläne insofern geändert, als wir die Reinigungsfrequenz auf den Stationen wesentlich erhöht haben. Ob das jetzt wichtig war, es war zumindest beruhigend!“[249]

„Dann muss man sich auf Intensivstationen natürlich auch fragen - -. Wir haben bei uns generell auf Intensivstationen immer noch die zweimalige desinfizierende Reinigung am Tag, das ist ja hier in Bremen offensichtlich nicht Stand gewesen, jedenfalls geht das für mich indirekt aus einer Frage hervor, dass man irgendwie mit dem Reinigungsdienst gesprochen habe, dass man auf zweimal gehen sollte, das war irgendwann im Herbst, glaube ich.“[250]

„Wie häufig sie den Lappen wechselt, kann ich ehrlich gesagt nicht sagen. Ich weiß, dass sie zweimal am Tag eine komplette Wischdesinfektion auf der Station gemacht hat, das heißt, die Böden gewischt hat und das Ganze quasi mit dem dafür vorgeschriebenen Wischdesinfektionsmittel, und das eben regelmäßig durchgeführt hat.“[251]

Die **irreführende Reduzierung der Reinigungsleistung auf die Frage, wie oft gereinigt wird**, findet sich durchgehend.

„Frau Grape belegt, dass Reinigungsfrequenzen im KBM sowohl im Intensiv- wie im Normalpflegebereich nach der vertraglichen Form deutlich über dem Niveau der anderen GeNo-Krankenhäuser liegen.“[252]

„Reinigungshäufigkeit auf der Intensivstation. Anfrage an Frau Grape, ob es möglich ist die Reinigungshäufigkeit von 1x pro Tag auf 2x pro Tag zu erhöhen.“[253]

„Reinigungshäufigkeit (…) lt. Frau Grape fand auf der 4027 eine 2malige Reinigung der großen Patientenzimmer plus Toiletten statt. Evtl. wurden die Stunden in die vormittägliche Reinigung integriert. Wird durch Frau Grape überprüft. 4028 auch hier fand keine Reduzierung statt, heißt 2x pro Tag.“[254]

Unter dem Gesichtspunkt der Reinigungssicherheit liegt hier ein Problem. Wenn auf der einen Seite die Reinigungsgeschwindigkeiten erhöht und die Reinigungszeiten verkürzt werden und auf der anderen Seite der Bedarf vor allem nach höheren Reinigungsfrequenzen artikuliert wird, dann läuft dies darauf hinaus, **dass zwar öfter, aber gleichzeitig immer schlechter gereinigt wird. Hygienisch ist dies eine äußerst problematische Situation,**

---

[248] Tim Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Anhörung 15-2087
[249] Laux, Protokoll der öffentlichen Anhörung 16-2189
[250] Walter Popp, Protokoll der öffentlichen Anhörung 32-4733
[251] Körner, Protokoll der öffentlichen Anhörung 9-1077
[252] Protokolle der Jour Fixe der erweiterten Geschäftsführung KBM, Nr. 1, 28.03.2011, Band 205, Fach 2, S. 1
[253][253] Protokoll Gesprächsrunde Eltern-Kind-Zentrum am 17.11.2011, Band 9, S. 84 B
[254] Protokoll Gesprächsrunde Eltern-Kind-Zentrum am 21.11.2011, Band 9, S. 84 F

denn sie beschleunigt die Evolution der Bakterien und damit deren Anpassung an die Klinikbedingungen.

> „Wofür wir 30 000 Jahre brauchen, brauchen die Erreger ohne Antibiotikagabe 16 Tage. Dann haben sie genauso viel Evolution gemacht wie wir in 30 000 Jahren, und unter Antibiotika machen sie es an einem Tag.“[255]

Dies gilt nicht nur für Antibiotika, sondern auch für Desinfektionsmittel. Jede Einwirkung, die nicht vollständig erfolgreich ist im Sinne einer Vernichtung der gesamten Erregerpopulation, beschleunigt deren Evolution: Die widerstandsfähigeren Exemplare bleiben übrig und haben desto mehr Platz, sich zu vermehren.[256]

> “The concept is easy to understand. If a product doesn’t kill all the germs, it’s the susceptible ones that get killed first, leaving the hardier ones behind. These can multiply and eventually outnumber the susceptible bugs.“[257]

Wer öfter, aber schlechter reinigt, erhält unter Umständen ein optisch besseres, aber hygienisch erheblich schlechteres Ergebnis als der, der seltener, aber dann durchgreifend reinigt. Eine Erhöhung der Reinigungsfrequenzen, gerade im Krisenfall, macht daher nur dann Sinn, wenn sie auch mit einer entsprechenden Erhöhung der Reinigungszeiten einhergeht und nicht dazu führt, eine fixe Reinigungsleistung dünner zu verteilen.

2.5. Qualitätsverschlechterung durch Auslagerung

Die Auslagerung der Reinigung am KBM begann früher als in allen anderen GeNo-Häusern. Bereits 2002 wurde die **Klinikservice-Gesellschaft Bremen mbH (KSG)** gegründet.

> „Die Servicegesellschaft zwischen dem Klinikum Bremen-Mitte und der Deutschen R+S Dienstleistungen besteht seit Februar 2002. Zu Gründungszeiten hieß die Klinik noch ‚Zentralkrankenhaus St.-Jürgen-Straße‘. Angefangen wurde mit Teilbereichen. Seitdem ist die Servicegesellschaft ständig gewachsen. Seit dem 1.4.2004 ist das gesamte Gelände in der Regie der Servicegesellschaft. Die Leistungen erstrecken sich von der Unterhaltsreinigung der Gebäude, den OPs und Stationen über die Dienstleistungen in der Küche, Spüldienste, Hol- und Bringedienste bis hin zur Außenflächenreinigung.“[258]

Vorangegangen waren Auftragsverhältnisse zum Klinikum Bremen-Nord.

> „Als 1974 die Arbeit für das Zentralkrankenhaus Bremen Nord und das Rote Kreuz Krankenhaus in Bremen begann, wurden zwei Steine losgetreten: Es ist der Beginn der

---

[255] Friedrich, Protokoll der öffentlichen Anhörung 21-2970

[256] Desinfektionsmittel können Bakterien abhärten, http://www.scienceticker.info/2009/12/28/desinfektionsmittel-koennen-bakterien-abhaerten; Philip Dickey: Antimicrobial Products: Who Needs Them? http://watoxics.org/healthy-living/healthy-homes-gardens-1/factsheets/antimicrobials; Laland/Boogert: Niche contruction, co-evolution and biodiversity, 2008, abstract unter: http://www.deepdyve.com/lp/elsevier/niche-construction-co-evolution-and-biodiversity-43GPdOxylX.

[257] Philip Dickey: Antimicrobial Products: Who Needs Them?, a.a.O. (“Die Sache ist einfach. Wenn ein Produkt nicht alle Bakterien tötet, dann sind es die dafür empfindlichen die zuerst getötet werden, während die Zählebigen übrigbleiben. Diese können sich vermehren und letztendlich die Empfindlichen zahlenmäßig überrunden.“)

[258] First Service, Newsletter für die Kunden der Deutschen R+S Dienstleistungen, Nr. 13, 1. Ausgabe 2004, S. 3

> Klinikdienstleistungen bei der Deutschen R+S und damit eigentlich der Anfang der Niederlassung in Bremen.“[259]

Inzwischen bietet die R+S sogar Leistungen im Bereich Hygienemanagement und Interventionsprävention an, von Hygienevisiten und der Erstellung von Hygieneplänen bis zum Ausbruchsmanagement und der Erfassung nosokomialer Infektionen.[260] Dies wurde von der GeNo bislang jedoch nicht in Anspruch genommen.

Die GeNo bezieht jedoch von der GND nicht nur Reinigungsleistungen. Wie in der zitierten Selbstdarstellung der KSG genannt, werden vom KBM bei der GND auch Transportdienste, Küchendienste etc. angefordert. Die GND stellt auch Aushilfspersonal, das auf den Stationen tätig ist, etwa bei der Essensausgabe oder bei Hilfstätigkeiten im pflegerischen Bereich. Diese sogenannte „Versorgungsassistenz“ wird vom KBM in erheblichem Umfang regelmäßig eingesetzt. So heißt es in den Protokollen der Geschäftsführung KBM:

> „Herr Dr. Pfeiffer geht auf die noch zu klärenden/ verhandelnden Bereiche ein:
> - Speisenversorgung: die Rolle der Kräfte zur Inhausbewirtung ist zu klären,
> - Versorgungsassistenz: die Anforderung sind 2-4 Stunden pro Station an 5 Tagen/Woche,
> - Informationszentralen/ Telefonzentrale/ Empfang“[261]

Aufgrund der schlechteren Bezahlung der GND-Beschäftigten gegenüber dem KBM-Personal setzte das KBM in diesen Bereichen auf Einsparungen durch Auslagerung, Dequalifizierung und Lohnsenkung.

Qualitätskontrolle der Reinigung

Umgekehrt wurde die gleichfalls im Vertrag festgelegte Aufgabe:

> „Durchführung und Dokumentation mikrobiologischer Untersuchungen zur Kontrolle der Arbeitsergebnisse der Leistungsverträge“[262]

von der R+S nicht ausgeübt, sondern wiederum an das Hygieneinstitut des KBM zurückdelegiert:

> „Mit dieser Durchführung hat R+S das Hygieneinstitut Mitte beauftragt, wo Herr Dr. Kappler seinerzeit der Hygieniker war, beziehungsweise diese wurden im Rahmen der normalen Abklatschuntersuchung auch mitgemacht. Die Ergebnisse würden dann, wenn es relevante Auffälligkeiten gäbe, vonseiten des Hygieneinstituts mit Herrn Tiemann kommuniziert werden.“[263]

In den Unterlagen des Hygieneinstituts fanden sich jedoch keinerlei Untersuchungsprotokolle, die direkt an die GND oder die R+S adressiert gewesen wären. Die mikrobiologische Kontrolle der Reinigung durch das Hygieneinstitut fand demnach ausschließlich im Rahmen der allgemeinen Umgebungsuntersuchungen statt. Die Qualitätskontrolle durch die R+S beschränkte sich auf reine Sichtkontrollen, für die ein dilettantisches und herabwürdigendes Schulnotensystem eingeführt wurde.

---

[259] First Service, Nr. 8, August 2001, S. 2
[260] First Service, Nr. 21, 1. Ausgabe 2008, S. 5
[261] Protokolle der Geschäftsführungssitzungen KBM, Beschluss Nr. 288 vom 10.10.2011 und 14.11.2011, Band 203, Fach 4, S. 55
[262] Band 202, S. 17
[263] Judith Rüßmann, Protokoll der öffentlichen Anhörung 26-3777

> „Dann wird eine visuelle Begehung eines Raumes zum Beispiel gemacht und dann bewerten wir nach dem Schulnotensystem die Reinigungsqualität in den einzelnen Räumen.“[264]

> „Es ist festgelegt, dass ab einer Note 4 im Schulnotensystem, also 4 oder schlechter, eine Nachreinigung zu erfolgen hat.“[265]

Dass es sich beim Personalmanagement durch die R+S nicht um eine moderne Mitarbeiterführung handelt, kommt auch in der Darstellung des Betriebsratsvorsitzenden zum Ausdruck:

> „Die Mitarbeiter sind durch die Bank weg gestresst, verängstigt, das macht sich auch ganz klar in den Krankenständen bemerkbar.“[266]

Vergütung der Managementleistung der R+S

Laut Managementvertrag bestand die Vergütung der R+S aus drei Bestandteilen: einem **Fixbetrag**, einer **umsatzabhängigen Vergütung** sowie einer **ergebnisorientierten Vergütung**. Durch Festlegung eines Mindestumsatzes als Berechnungsgrundlage im Vertrag wurde eine Mindestvergütung von jährlich etwas über 500.000 Euro festgelegt.[267]

Die ergebnisorientierte Vergütung verweist auf gesondert zu definierende Ziele; diese „sollen sich dabei zu 35 % an Qualitätsmerkmalen und zu 65 % an der Wirtschaftlichkeitsplanung orientieren.“[268] Die Priorität lag also klar darauf, dass die R+S dafür belohnt wurde, den Wirtschaftsplan einzuhalten, sprich mit dem ihr zugewiesenen Budget auszukommen.

Insgesamt wurde durch die Auslagerung eine Qualitätsverschlechterung der Reinigung bewirkt. Zum einen hatte die GeNo bzw. die einzelnen Kliniken keine Kontrolle über die Reinigungsleistungen mehr, während die R+S per Vertrag darauf orientiert wurde, im Zweifelsfall die Einhaltung des Budgets über die Qualität der Reinigung zu stellen. Die Reinigung war endgültig nicht mehr in die Stationen und Kliniken integriert, sondern operierte als getrennter Dienstleister, dessen Personal nicht in das Stationsteam integriert war. Allein das Schulnotensystem demonstriert, dass von den Reinigungskräften kein verantwortliches Mitdenken mehr gefordert wurde, sondern bloßes Ausführen von Vorgaben. Die schlechtere Bezahlung der GND-Kräfte brachte häufigen Personalwechsel ebenso mit sich wie eine Personalzusammensetzung mit hohem Migrationsanteil, ohne dass für die entstehenden Sprachprobleme eine befriedigende Lösung gefunden wurde.

Zum anderen wurde die Auslagerung umgehend dazu benutzt, die Reinigungsgeschwindigkeit zu erhöhen und damit die Reinigungsleistung zu verschlechtern. Wie oben beschrieben, lagen die Zeitvorgaben von R+S erheblich unter denen, die zuvor in den Kliniken üblich waren. Ab dem Zeitpunkt ihrer „Anwendung“ im Herbst 2009 wurde die Reinigung damit schlechter, ebenso wie sie sich nochmals durch eine Kürzung der Zeiten im Herbst 2011 verschlechterte.

Zum Dritten operierte die R+S aus Budgetgründen ohne Ausfallkonzept. Wie der Vergleich der Schichten mit dem Bereichsregister oben zeigt, wurde krankheitsbedingter Ausfall als quasi natürliche Kürzung der Reinigungszeiten eingeplant.

---

[264] Dennis Niehoff, Protokoll der öffentlichen Anhörung 30-4264
[265] Dennis Niehoff, Protokoll der öffentlichen Anhörung 30-4265
[266] Thomas Fischer, Protokoll der öffentlichen Anhörung 11-1328
[267] Band 202, S. 20
[268] Band 202, S. 20

Für die 4027 lässt sich keine Kürzung der Reinigungszeiten im Herbst 2011 feststellen. Umgekehrt ist trotz der Krisensituation, die spätestens ab Anfang September 2011 offensichtlich war, die Reinigungsleistung nicht erhöht worden, weder in der Frauenklinik noch in der Kinderklinik. Die Station 4028 befand sich dadurch, dass die Kinderklinik noch zusätzlich über gestelltes Personal verfügte, reinigungstechnisch in einer besseren Situation.

2.6. Mögliche Fehler bei der Konzentration des Desinfektionsmittels

Eine mögliche Fehlerquelle stellt die falsche Konzentration des Desinfektionsmittels dar. Aus dem Keimausbruch in Gießen ist bekannt, dass eine Konzentration von Microbac Forte 0,25% nicht ausreicht, um Klebsiellen zuverlässig abzutöten. Die zu geringe Konzentration ist damals als wesentliche Ursache des Keimausbruchs identifiziert worden.[269]
Im KBM werden zur Herstellung der Desinfektionslösung (sowohl für das Mehreimersystem als auch für die Desco-Wipes-Eimer) Desinfektions-Dosiergeräte benutzt, in der Regel sogenannte DG3-Geräte, teilweise auch noch die älteren DG1-Geräte. Auf der Etage der Station 4027 befanden sich drei Desinfektions-Dosiergeräte, in den Räumen 427, 455 und 435 (die auf der Karte markierten Räume).

> „Abg. Frau Bernhard: In welchem Raum stand das DG 3-Gerät der Frühgeborenenstation? Sie haben vorhin gesagt, es gäbe zwei auf dieser Station. Ich wüsste gern, wo die waren. Wir haben ja hier auch einen Raumplan bekommen.
>
> Zeuge Mitteneder: Einmal in der Entsorgung, in Raum 455, und in Raum 435, dem Waschmaschinenraum!“[270]

Technisch gesehen gehört nur der Raum 435 zur Station 4027, der Raum 455 gehört zur Station 10 und der Raum 427 zur Station 3. Aus dem Dienstplan ist jedoch ersichtlich, dass „Intensiv“ (die Neonatologie) und „Nebenräume Station 3“ in einer gemeinsamen Schicht zusammengefasst waren, d.h. die für die Schicht eingeteilte Reinigungskraft reinigte sowohl die Station 4027 als auch die angrenzenden Räume der Station 3.[271] Die Station 4027 wurde erst nach dem Öffentlichwerden des Ausbruchs baulich von der Station 3 abgetrennt, indem eine Zwischenwand eingezogen wurde.

Falsche Konzentration im Gerät Raum 427

Während die DG3-Geräte in Raum 435 und 455 in 2011 bereits korrekt auf 0,5% als Standardmischung eingestellt waren, galt dies nicht für das DG3-Gerät in 427.

> „[2011:] Raum 435, Waschmaschinenraum, 0,5 und 1,0 Prozent, also die erste Konzentration 0,5, die zweite 1,0 Prozent, Raum 455 erste Konzentration 0,5, zweite Konzentration 0,25 Prozent. Dann kommen wir zum Jahr 2012: Raum 455 0,5 die erste Konzentration und 1,0 Prozent die zweite, und Raum 435, Waschmaschinenraum, die erste Konzentration 0,5 und die zweite 1,0 Prozent.“[272]
>
> „Abg. Frau Bernhard: Wenn Sie das mit Raum 427 bitte überprüfen könnten,

---

[269] Ludwig Weber, Protokoll der öffentlichen Anhörung 24-3412 f.; Martin Exner, Protokoll der öffentlichen Anhörung 29-4164 ff.
[270] Mitteneder, Protokoll der öffentlichen Anhörung 28-3966
[271] Band 23 S. 514, S. 521 usw.
[272] Mitteneder, Protokoll der öffentlichen Anhörung 28-3968

> Zeuge Mitteneder: Für 2011, 12. April, Station 3, Raum 427, Spüle, DG 3, Gerätenummer 2358, **erste Konzentration 0,25 Prozent**, zweite 0,5 Prozent! Raum 427, Station 3, ebenfalls DG 3, Gerät 2358, erste Konzentration 0,5 Prozent, zweite 1,0 Prozent!
>
> Vorsitzende: Also ist im Jahr 2012 die Konzentration heraufgesetzt worden?
>
> Zeuge Mitteneder: Ja, generell![273]

Dies wird auch belegt durch die Liste der DG3-Einstellungen, die dem Servicebericht der Firma Bode an die Haustechnik vom 12.04.2011 beigefügt ist. Auch hier ist für das Gerät in Raum 427 sowohl in der Sparte „vorher“ wie „nachher“ eingetragen: **0,25%/**0,5% (die Standardkonzentration wird als erste genannt).[274]

Entscheidend ist der Wert für die Standardeinstellung, da für die zweite Einstellung eigens eine Tastenkombination zur Umstellung gedrückt werden muss. Im Handbuch heißt es dazu:

> „Es sollte immer die am häufigsten gebrauchte Konzentration als Konzentration 1 eingestellt werden, da immer nur 1 Entnahme mit Konzentration 2 erfolgen kann. Danach wird automatisch auf Konzentration 1 zurückgeschaltet.“[275]

Die Normaleinstellung war also in 2011 in den Räumen 435 und 455 0,5%, in Raum 427 dagegen 0,25%.

Das bedeutet erstens: **Wenn eine Reinigungskraft ihre Schicht bei den Nebenräumen der Station 3 begonnen hätte, dort den Eimer am Desinfektions-Dosiergerät in Raum 427 aufgefüllt hätte und nach den Nebenräumen Station 3 ihre Tour in Station 4027 fortgesetzt hätte, hätte sie mit hoher Wahrscheinlichkeit eine zu geringe Dosierung benutzt, bei der Klebsiellen nicht ausreichend abgetötet werden.** Es bedeutet zweitens, dass in der Station 3 Frauenklinik routinemäßig mit einer zu geringen Konzentration gereinigt wurde.

Da es keine Aussagen der Reinigungskräfte gibt und der Ausschuss keine weiteren Anstrengungen unternahm, dieser Möglichkeit nachzugehen, konnte nicht weiter überprüft werden, ob der entsprechende Ablauf tatsächlich so stattgefunden hat. Die Wahrscheinlichkeit ist jedoch nicht gering, und es stellt einen schweren Fehler im Hygienemanagement dar, dass dieser Ablauf nicht unmöglich gemacht wurde.

Auch im Bericht des BZH nach den Begehungen am 23.11. und 24.11.2011 heißt es:

> „Bei den verwendeten Desinfektionsmitteln und ihren Konzentrationen ist eine möglichst weitgehende Vereinheitlichung (vor allem bei den Konzentrationen) anzustreben, um Fehlerquellen durch falsche Konzentrationen oder suboptimale Präparatewahl zu reduzieren.“

Die widersprüchlichen Handlungsanweisungen würden sich auch „in unterschiedlichen Konzentrationsangaben auf den Desinfektionsmittelplänen auf der Interimsintensivstation und den tatsächlich verwendeten Konzentrationen sowie den Angaben im zentralen Desinfektionsmittelplan manifestieren“.[276]

---

[273] Mitteneder, Protokoll der öffentlichen Anhörung 28-3988
[274] Band 172, S. 128
[275] Handbuch DG3, Band 208, S. 125 ff.
[276] Band 22, S. 12

„Im Hygieneplan waren für unterschiedliche Bereiche, unterschiedliche Abteilungen, sehr unterschiedliche Desinfektionsmittel und Desinfektionsmittelkonzentrationen vorgesehen (…) Es ist vor allem dem Reinigungspersonal nicht immer klar, welche Konzentration man jetzt in dieser oder jener Situation nehmen muss. (…) Wir haben diese Angaben im Hygieneplan gefunden. Dort haben wir unterschiedliche Angaben gefunden, unterschiedlichste Konzentrationen. Es war zum Teil auch so, dass diesbezüglich die Angaben in den Hygieneplänen nicht mit dem übereingestimmt haben, was tatsächlich gemacht wurde. (…) dass wir uns die Desinfektionsmitteldosiergeräte angeschaut haben (…) wo das Desinfektionsmittel gemischt wird. Dort war eben die Konzentration anders als vorgesehen.“[277]

Alter der Geräte

Die Schutzfunktion, dass die Entnahme nur nach Eingabe eines persönlichen Codes erfolgen kann, wurde nicht genutzt.

„Abg. Frau Bernhard: Im Handbuch steht auch, dass man die Geräte so einstellen kann, dass man zur Benutzung einen Personalcode verwenden muss. Ist das in dem Fall so gemacht worden?

Zeuge Mitteneder: Nein! Ich könnte auch beim Nein bleiben, aber ich kann sagen, dass man Personalcodes eingeben kann, um die Entnahmemengen der Schwestern festzustellen, die dann einer Nummer zugeordnet werden. Das ist eigentlich der Hintergrund der ganzen Angelegenheit.“[278]

Das dem Ausschuss vom Zeugenanwalt übergebene, aus dem Internet kopierte Bedienungshandbuch des DG3-Geräts verweist auch auf die Möglichkeit, aus dem Betriebsdatenspeicher die Informationen über die letzten 700 Entnahmevorgänge auszudrucken.[279] Nachdem mehrere Zeugen immer wieder bestätigten, dass dies nicht gemacht worden sei, stellte sich schließlich heraus, dass es sich bei dem Dosiergerät auf der 435 um ein älteres Modell handelte, bei dem diese Möglichkeit nicht bestand, genau genommen ein 14 Jahre altes Gerät. Ein zu diesem Gerät passendes Handbuch ist am KBM nicht vorhanden.

Dies ist insofern von Bedeutung, als neuere Geräte, wie aus der Bedienungsanleitung ersichtlich und in der Anhörung erwähnt, an der Stelle, wo eine inwendige Biofilm-Bildung bei dem Gerät in Raum 435 festgestellt wurde, ein Metallrohr haben und keinen PVC-Schlauch mehr – was die Biofilm-Bildung und damit die Gefahr der Verkeimung deutlich reduziert. Am KBM wurden jedoch keine Geräte ausgetauscht, solange sie nicht vollständig defekt waren.

„Abg. Frau Bernhard: Sie sagten vorhin, in dem Fall hätten wir das Baujahr 08/97, das einem ja jetzt nicht so ganz neu vorkommt. Da hätte ich gern eine Einschätzung von Ihnen, ob Sie sagen, eigentlich wäre es gut, denn es gibt inzwischen aktuelleres, dass man dort wählen könnte, vielleicht etwas einfacheres, besseres oder so. Wie ist Ihre Einschätzung auch als Medizintechniker in einem Krankenhaus dazu? Sagen Sie, wenn ich könnte, würde ich XY nehmen?

[277] Patrick Weißgerber, Protokoll der öffentlichen Anhörung 3-545 ff.
[278] Mitteneder, Protokoll der öffentlichen Anhörung 28-3967
[279] Handbuch DG3, Band 208, S. 125 ff.

> Zeuge Mitteneder: Eine artverwandte Frage hatten wir vorhin schon einmal, und solange das Gerät, wie gesagt, kein wirtschaftlicher Totalschaden ist und den Anforderungen genügt, werden wir es weiterverwenden.“[280]

Die jährliche Wartung der DG3-Geräte auf der Station erfolgte im April 2011 und am 20.Februar 2012. Allerdings hatte es im Jahr 2010 am KBM auch Dosiergeräte mit überschrittenen Wartungsintervallen gegeben. Im Zertifizierungsbericht vom Februar 2011 ist erwähnt:

> „In den visitierten Bereichen war bei mehreren Dosieranlagen zur Herstellung von Desinfektionslösungen das Wartungsintervall überschritten.“[281]

Welche Bereiche das waren, ist dem Ausschuss nicht bekannt.

[280] Mitteneder, Protokoll der öffentlichen Anhörung 28-3969
[281] Band 10, S. 311

3. Mangelhaftes Hygienemanagement

3.1. Zutreffende Feststellungen des Mehrheitsberichts

Den Feststellungen des Mehrheitsberichts zum Hygienemanagement und zum Ausbruchsmanagement wird grundsätzlich gefolgt:

- Die **Dokumentation von Keimbefunden** auf der Station war unvollständig. Dadurch wurde das Erkennen von Zusammenhängen erschwert. Konkret trug die fehlende Dokumentation wesentlich dazu bei, dass das Auftreten des Keims im April, Mai, Juni und Juli 2011 nicht als Ausbruch wahrgenommen wurde, keine entsprechenden Maßnahmen ergriffen und der Ausbruch nicht ans Gesundheitsamt gemeldet wurde. Diese Meldung hätte spätestens zum 9. August 2011 erfolgen müssen.
- Ein **Patientenscreening**, d.h. eine regelmäßige Untersuchung von Patienten auf Krankheitserreger auch ohne Infektionsanzeichen, erfolgte erst ab dem 25.10.2011. Dies trug dazu bei, dass Besiedlungen mit dem Ausbruchserreger nicht bemerkt wurden. Dadurch wurde der Ausbruch lange Zeit nicht entdeckt. Für ein Routinescreening außerhalb von Ausbruchssituationen gibt es keine Empfehlung der Fachgesellschaften oder der KRINKO. Für die Entdeckung und Bekämpfung des Ausbruchs am KBM wäre ein solches Routinescreening jedoch von großem Nutzen gewesen.
- Die **Patienten- und Pflegedokumentation** verzeichnete nicht, in welchem Bett der Patient wann lag, auf der Station 4027 nicht einmal in welchem Zimmer. Dadurch werden die Rekonstruktion von Übertragungswegen und die Ursachenanalyse bei Ausbrüchen erheblich erschwert.
- Die **ärztliche Geschäftsführerin** war Verantwortliche für den Bereich Hygiene, übte die ärztliche Geschäftsführung aber nur ehrenamtlich neben ihren sonstigen medizinischen Verpflichtungen aus. In der Praxis des KBM war die Verantwortung für Hygiene an den stellvertretenden ärztlichen Geschäftsführer, den Leiter der Kinderklinik und Neonatologie, delegiert. Dies ändert nichts an der Verantwortung der ärztlichen Geschäftsführung, bei der laut Geschäftsanweisung für die Geschäftsführung des KBM auch die „Sicherstellung der ordnungsgemäßen ärztlichen Dokumentation“ lag.[282]
- Die **Hygienekommission**, die seit September 2006 vom Leiter der Kinderklinik Huppertz geleitet wurde, erfüllte ihren Auftrag der Beratung und Unterstützung der ärztlichen Geschäftsführung in Hygienefragen nicht. Die Geschäftsführung nahm kaum an den Sitzungen teil, die Hygienekommission diente eher dem Austausch über Hygienefragen und der Klärung von punktuellen Einzelfällen.
- Die Anzahl der **Hygienefachkräfte (HFK)** entsprach nicht den Anforderungen der KRINKO.
- Die **hygienebeauftragten Ärzte** waren für diesen Teil ihrer Tätigkeit nicht von anderen Aufgaben freigestellt.
- **Hygienebeauftragte Pflegekräfte** gab es am KBM gar keine.[283]

[282] Geschäftsanweisung für die Geschäftsführung, beschlossen von der Gesellschafterversammlung des KBM im August 2009, § 6 Nr. 2, Band 96, S. 23
[283] Zertifizierungsbericht, Band 10, S. 311: „Hygienebeauftragte Pflegekräfte sind nicht benannt.“

- Die Qualifikation des Krankenhaushygienikers entsprach nicht den Vorgaben des Bundesgesundheitsamts und später der KRINKO. Dasselbe galt für die stellvertretende ärztliche Leitung der Geburtshilfe.
- Eine Dokumentation des Antiobiotika-Verbrauchs erfolgte nicht. Diese ist seit dem 4.08.2011 durch die Änderung des Infektionsschutzgesetzes verpflichtend.

Bei den letzten beiden Punkten ist nicht zu ersehen, inwieweit sie zur Entstehung und zum Ausmaß des Ausbruchs beigetragen haben bzw. inwiefern eine korrekte formale Qualifikation und ein dokumentierter Antibiotika-Verbrauch die Infektionen und Todesfälle verhindert hätten. **Die mangelhafte Dokumentation der Keimbefunde und die personelle Unterausstattung im Hygienemanagement hatten dagegen unmittelbar Einfluss auf das Ausbruchsgeschehen.**

3.2. Fehlende Dokumentation von Keimbefunden

Bereits für die Jahre 2007 und 2008 ist dokumentiert, dass es Mängel bei der Dokumentation von Keimbefunden gemäß § 23 Infektionsschutzgesetz gab.

> „Ordner § 23 – vorhanden - nicht auf dem aktuellen Stand (…) Befunde mit besonderen Resistenzen nach § 23 müssen von den Ärzten in Kopie zur fortlaufenden Dokumentation abgeheftet werden.“[284]

> „Befunde mit besonderen Resistenzen nach § 23 sind bis 2006 abgelegt. Die Befunde müssen weiterhin in Kopie zur fortlaufenden Dokumentation, auch für das Jahr 2007, von den Ärzten abgeheftet werden.“[285]

> „Ordner § 23 – Nicht auf dem aktuellen Stand. Die Befunde müssen von den Ärzten in Kopie zur fortlaufenden Dokumentation abgeheftet werden. Dies muss noch einmal mit den ärztlichen Kollegen besprochen werden.“[286]

> „Die Ablage der Befunde mit besonderen Resistenzen nach § 23 IfSG durch die Ärzte wird jetzt besser als letztes Jahr durchgeführt.“[287]

Für den Bereich der Neonatologie und der Kinderklinik ist die unzureichende Dokumentation ein Mangel, der auch 2007 und 2008 bereits existierte. Sie kann demnach nicht mit der unzureichenden Personalausstattung und allgemeinen Überlastung ab Frühjahr 2010 erklärt werden, sondern stellt einen langjährigen Schwachpunkt dar, der in den Verantwortungsbereich des Leiters der Kinderklinik fällt.

Dass es Probleme im Bereich der ärztlichen Dokumentation gab, war der Geschäftsführung und dem Aufsichtsrat durch den Zertifizierungsbericht vom Februar 2011 bekannt:

> „Strukturierte Aktenprüfung mit Schwerpunkt der ärztlichen oder pflegerischen Dokumentation wird nicht vorgenommen. Der Dokumentationsüberprüfung während der Visite durch die Chef- und Oberärzte liegt keine systematische Prüfmethode zugrunde.“[288]

---

[284] Protokoll der Hygienevisite vom 17.04.2007, Station 4028, Band 83, S 44 f.
[285] Überprüfung der beanstandeten Punkte der Hygienevisite vom 17.04.2007, 29.06.2007, Station 4028, Band 83, S. 41
[286] Hygienevisite Station 4028 vom 11.07.2008, Band 83, S. 32
[287] Protokoll der Hygienevisite vom 22.07.2009, Station 4028, Band 83, S. 26
[288] Zertifizierungsbericht vom Februar 2011, Band 10, S. 319

Hier wäre es Aufgabe der ärztlichen Geschäftsführung gewesen, dem nachzugehen. Dies hätte maßgeblich dazu beigetragen, den Ausbruch in der Neonatologie früher zu erkennen.

Ob die Geschäftsführung des KBM den Zertifizierungsbericht diskutiert hat, ist nicht feststellbar, da dem Ausschuss nur die Protokolle der Geschäftsführungssitzungen vom April bis November 2011 vorlagen. In diesem Zeitraum findet sich zum Zertifizierungsbericht lediglich der Beschluss:

> „Entgegen der ursprünglichen Planung beschließt die GF, vor dem Hintergrund der wirtschaftlichen Lage keine offizielle Feier der Rezertifizierung durchzuführen.“[289]

sowie Festlegungen, wo die Zertifikate aufgehängt werden sollen.

3.3. Unterlassene Meldungen

Beim gehäuften Auftreten von **Klebsiellen im Jahr 2005 auf der Neonatologie des KBM** handelte es sich um einen Ausbruch, der meldepflichtig gewesen wäre. Eine Meldung wurde jedoch unterlassen.

Eine Zusammenstellung für die Station 4027 listet zwischen Februar und Mai 2005 fünf Frühgeborene mit Klebsiellen-Nachweis auf, von denen 3 Kinder verstarben. Bei 2 der verstorbenen Kinder ist als Diagnose „Sepsis“ vermerkt[290], beide nicht verstorbenen Kinder hatten ebenfalls eine Sepsis.[291] In Muttermilchproben wurden „gehäuft“ Klebsiellen gefunden.[292] Am 28.02.2005, 11.03.2005 und 24.03.2005 fanden Umgebungsuntersuchungen auf der Station 4027 statt. Dabei wurden Klebsiellen an den Tasten eines Ultraschallgeräts, in Waschbecken und Badewanne, in einem tropfenden Wasserhahn und in mehreren Siphons gefunden (auch einem unbenutzten).[293] Zwei Reinigungs- und Desinfektionsgeräte auf Station 4027 (Raum 430) arbeiteten fehlerhaft.[294] Eine Umgebungsuntersuchung auf Station 4010 verlief negativ.[295]

Eine Gentypisierung kam am 15.04.2005 zu dem Ergebnis, dass es identische Fragmentmuster zwischen 2 Muttermilchproben und 1 Siphon (Raum 440) gab, ebenso zwischen 1 Muttermilchprobe, 1 Kind (Blutkultur), 2 Siphons (in 440 und 441) und 1 Waschbecken (440). „Epidemiologische Zusammenhänge innerhalb der Isolate mit identischem Fragmentmuster sind sehr wahrscheinlich.“[296]

Die Fälle wurden auch von der Klinik als in Zusammenhang stehend wahrgenommen, wie sich aus einem Schreiben des Oberarztes und der stellvertretenden Stationsleitung vom 23.05.2005 an die MitarbeiterInnen über ein angesetztes Personalscreening ergibt:

> „Im Bereich der Station 4027 ist es in den letzten Monaten wiederholt zu Klebsiella-Sepsis-Fällen gekommen, die zum Teil auch tödlich verlaufen sind. Gemeinsam mit den Hygienefachkräften wie auch dem Krankenhaushygieniker Dr. Holländer sind wir diesem schwerwiegenden Problem nachgegangen und haben vor Ort schon eine Reihe von

---

[289] Protokolle der Geschäftsführungssitzungen KBM, Beschluss 169, Protokoll vom 06.06.2011 / 20.06.2011 / 04.07.2011, Band 203, Fach 4, S. 24
[290] Band 106, S. 59
[291] Band 106, S. 59 und S. 5 (positive Probe aus Blutkultur)
[292] Band 106, S. 57
[293] Band 106, S. 46 ff., 50 ff., 30 ff.
[294] Prüfbericht vom 14.03.2005, Band 106, S. 44
[295] Band 106, S. 28 ff.
[296] Band 106, S. 6

> Verbesserungen durchgeführt. Dennoch ist es kürzlich zu einem neuen Klebsiella-Sepsis-Fall gekommen, ohne dass die Infektionswege bisher ausreichend bekannt sind.“[297]

Beim Personalscreening wurden in 2 Fällen Klebsiella pneumoniae, gefunden, die sich aber als nicht genidentisch mit den Patienten- und Umgebungsfunden erwiesen.[298] Nach dem Mai sind keine weiteren Klebsiella-Infektionen verzeichnet.

Beim Ausbruchsstamm handelte es sich Klebsiella pneumoniae. Im Bericht über die zweite Typisierung heißt es:

> „Die Stämme wurden nach laborüblichen Kriterien differenziert und als Klebsiella pneumoniae identifiziert“

darunter war auch 1 Probe von einem der verstorbenen Kinder.[299] Im ersten Typisierungsbericht ist zwar nur von „Klebsiella“ die Rede, aus den handschriftlichen Notizen dazu ergibt sich jedoch, dass es sich bei den genidentischen Funden um Klebsiella pneumoniae handelte.[300] Parallel gab es auch Nachweise von Klebsiella oxytoca.

Die Infektionen des Frühjahr 2005 stellten eindeutig einen Ausbruch dar. Es gab nicht nur „zwei oder mehr“ Fälle in räumlichem und zeitlichem Zusammenhang, sondern auch die Bestätigung, dass es sich um den identischen Erregerstamm handelte. Dennoch gab es keine Meldung an das Gesundheitsamt.

Dass es sich um keine ESBL-Bildner handelte, spielt für die Meldepflicht keine Rolle. Um Erreger mit besonderen Resistenzen dürfte es sich gehandelt haben, denn bei den erkrankten Kindern erfolgte eine Umstellung der Antibiose.

Der Krankenhaushygieniker bestritt im Januar 2012, dass es sich bei den Infektionen in 2005 um einen Ausbruch gehandelt hätte:

> „Übertragungen haben stattgefunden. Keine Zusammenhänge zwischen beiden Patienten-Isolaten sowie zu den beiden Mitarbeiter-Isolaten. Klebsiella-positive Mitarbeiter haben ihren eigenen Keim nicht übertragen. Ein Ausbruch im Sinne von zwei nosokomialen Infektionen mit einem genetisch identischen Erreger ist aus den Ergebnissen nicht abzuleiten.“[301]

Letzteres ist eindeutig **falsch**.

3.4. Ineffizienz des Hygienemanagements

Ob bessere personelle Kapazitäten im Hygienemanagement einen wesentlichen Beitrag zur Verhinderung der Infektionen und Todesfälle dargestellt hätten, ist nicht ohne Weiteres klar.

Einerseits engagierte sich die ärztliche Geschäftsführung unter den Bedingungen des Ausbruchs z.B. in der Frage der Reinigung. Dies deutet darauf hin, dass eine entsprechende Freistellung für die Aufgaben der ärztlichen Geschäftsführung auch früher dazu beigetragen hätte, Hygienemängel aufzudecken und zu thematisieren.

---

[297] Band 106, S. 16
[298] Band 106, S. 8
[299] Bericht über die Typisierung, Schreiben Holländer an Albrecht vom 25.07.2005, Band 106, S. 8
[300] Band 106, S. 5-14
[301] DNA-Typisierung von Klebsiella spp. 2005, Kappler 13.01.2012, Band 106, S. 2

Andererseits verhielten sich die Hygienestrukturen insgesamt in der Regel passiv und wenig treibend. Festgestellte Mängel wiederholten sich immer wieder, ohne dass sich etwas änderte. Entscheidende Hygienefragen wie die personelle Ausstattung in der Pflege oder die Kapazitäten und Qualität der Reinigung waren den Möglichkeiten der Hygienestrukturen entzogen, was von ihnen weitgehend verinnerlicht wurde.

4. Verfehltes Ausbruchsmanagement

4.1. Sinn und Aufgabe des Ausbruchsmanagements

Im Mehrheitsbericht sind die Vorgaben der KRINKO zum Ausbruchsmanagement ausführlich widergegeben. Sinn und Aufgabe des Ausbruchsmanagements ist ein koordiniertes und konzentriertes Vorgehen, um die Weiterverbreitung des Ausbruchs zu **stoppen**, bislang nicht betroffene Patienten zu **schützen**, die Ursachen des Ausbruchs **aufzuklären** und Maßnahmen einzuleiten, die den Ausbruch **beenden**. Das Versammeln des entsprechenden krankenhaushygienischen Sachverstands, direkte Umsetzungskompetenzen, vertiefte Untersuchungen, eine kontinuierliche Ursachendiskussion, die Festlegung zukünftiger Präventionsmaßnahmen und eine abschließende Dokumentation sind notwendig.[302]

Die KRINKO-Empfehlungen zum Ausbruchsmanagement, 10 bzw. 11 Jahre alt, sind jedoch dringend **überarbeitungsbedürftig** und halten mit den Ausbruchserfahrungen der letzten Jahre nicht Schritt. Bei den Ausbrüchen auf neonatologischen Intensivstationen der letzten Jahre ist nur in Ausnahmefällen eine kontinuierlich aktive Quelle gefunden wurden, von der die Infektionen ausgingen und durch deren Beseitigung der Ausbruch beendet werden konnte.

> „Es ist irgendwo einmal der Vergleich zum Beispiel mit Mainz gezogen worden, was damals ein sehr auffälliges oder sehr viel diskutiertes Ereignis in Deutschland war, wo man aber schon die schöne Situation hatte, dass eine ganz klare Quelle gefunden wurde. Man muss aber ganz klar wissen, derartige Ursachen oder Quellen findet man in den allerallerwenigsten Fällen. Man muss einfach auch sagen, da ist die Industrie mittlerweile relativ gut, sodass so etwas nicht vorkommt.“[303]

Diese „schöne Situation“ wird aber in den Empfehlungen der KRINKO zum Ausbruchsmanagement als der Normalfall zugrundelegt, indem sie die Ursachenermittlung mit dem Finden einer Quelle praktisch gleichsetzt:

> „Schritt 6: Ermittlung der Infektionsquelle (Ursachenfindung)“[304]

In den Anhörungen wurde deutlich, dass die häufig vorgetragene Feststellung, eine Quelle werde in den meisten Fällen nicht gefunden, von den Verantwortlichen gern damit gleichgesetzt wird, man könne keine Ursachen feststellen. Die Entscheidungsträger in Kliniken und Politik sehen sich damit **aus der Verantwortung genommen**, weil strukturelle Ursachen aus dem Blick genommen werden.

Zu dieser Verengung des Ursachenbegriffs und der Fixierung auf Elemente des klassischen Seuchenwesens trägt die Empfehlung der KRINKO insofern mit bei. Die im heutigen Krankenhauswesen **typischen Risikofaktoren** für Übertragung und Reservoirbildung (Personalausstattung, Reinigung) bleiben dabei außen vor, ebenso die spezifischen Risiken der bakteriellen Evolution und Ko-Evolution.

---

[302] KRINKO-Empfehlung: Ausbruchsmanagement und strukturiertes Vorgehen bei gehäuftem Auftreten nosokomialer Infektionen, Bundesgesundheitsblatt 2002, http://edoc.rki.de/documents/rki_ab/reNAjm2Z2qm82/PDF/224zmIJDxq2A.pdf; KRINKO: Empfehlungen zu Untersuchungen von Ausbrüchen nosokomialer Infektionen, 2001, http://edoc.rki.de/documents/rki_ab/reNAjm2Z2qm82/PDF/24mcvjjwBmM.pdf

[303] Tim Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Anhörung 15-2045 f.

[304] Ausbruchsmanagement und strukturiertes Vorgehen, 2002, S. 183

4.2. Krisenstab und Umsetzungsrunde

Nach Öffentlichwerden des Keimausbruchs tagten am KBM der sogenannte „Krisenstab“ unter Leitung der GeNo-Geschäftsführung und die sogenannte „Umsetzungsrunde“, zu der noch drei Termine in gleicher Besetzung unter dem Titel „Fachgespräch“ hinzuzurechnen sind.

Neben „Krisenstab“ und „Umsetzungsrunde“ tagte ferner noch ein Gesprächskreis unter Leitung der Klinikpflegeleitung des Eltern-Kind-Zentrums, an dem hauptsächlich die Stationspflegeleitungen der 4027 und 4028 teilnahmen sowie unregelmäßig und in wechselnder Zusammensetzung einzelne Ärzte, die Betriebsratsvertreterin und die Hygienefachkräfte (HFK). Hierzu lagen dem Ausschuss Protokolle von Sitzungen zwischen dem 6.11.2011 und dem 18.11.2011 vor.[305] In der Präsentation der GeNo-Geschäftsführung für den Aufsichtsrat wird dieser Kreis als „Umsetzungsrunde intern (PGF, ärztliche und pflegerische Mitarbeiter)“ bezeichnet, im Unterschied zur „Umsetzungsrunde extern (ÄGF, Behörde, Gesundheitsamt)“ und zum „Krisenstab (GF GeNo, GF KBM, SB Personal & Recht, SB Unternehmenskommunikation)“.[306] In der Praxis nannte sich aber nur die „Umsetzungsrunde extern“ schlicht „Umsetzungsrunde“.

Der Feststellung des Mehrheitsberichts, dass der „**Krisenstab**“ **kein Ausbruchsmanagement-Team** im Sinne der KRINKO-Richtlinie darstellte, wird gefolgt. Dies kam bereits in der Aufgabenbestimmung zum Ausdruck, die für den Krisenstab von der GeNo-GF vorgelegt wurde:

> „Aufgaben des Krisenstabs
>
> Gewährleistung einheitlicher Information
> Situationsanalyse und –bewertung
> Externe Kommunikationsstrategie
> Interne Kommunikationsstrategie
> Identifikation der wichtigsten Handlungsfelder (…)
>
> Derzeit anstehende Themen:
> Vorgehen im Krisenstab
> Kommunikation mit der Presse, insbesondere mit (…)
> Kommunikation mit Behörden, Staatsanwaltschaft, den betroffenen Eltern (…)
> Kommunikation nach intern (…)
> Beratung in Rechtsangelegenheiten (..)
> RKI
> Externe Unterstützung (Reputation Management)“[307]

Entsprechend der von der GeNo-GF definierten „Aufgaben“ beschäftigte sich der Krisenstab in seinen ersten 8 Sitzungen tatsächlich vorwiegend mit Rechtsfragen, dem Personalscreening und der Medienarbeit. Die Frage der Anerkennung des Krankenhaushygienikers, das Patientenscreening und die Einbindung externer Expertise nahmen ebenfalls breiteren Raum ein. Eine Ursachenanalyse fand im Krisenstab nicht statt.

---

[305] Band 9, S. 73 ff.
[306] Information der AR-Mitglieder über die Klebsiellen-Infektionen in der Neonatologischen Klinik, AR-Sitzung am 16.11.2011, Band 60, S. 210
[307] Band 9, S. 57 ff.

Themen des „Krisenstabs“	Sitzung Nr.								Summe
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Interner Datenaustausch („Laufwerk T“)	x		x	x	x	x	x	x	7
Rechtsfragen	x	x	x		x	x		x	6
Personalscreening	x	x	x		x	x			5
Medien/Öffentlichkeit	x	x	x					x	4
Patientenscreening	x	x					x	x	4
Anerkennung des KH-Hygienikers		x	x				x	x	4
Einbindung externer Expertise		x		x		x	x		4
Desinfektion der Station	x	x	x						3
Elternkommunikation		x	x				x		3
Patientenverlauf				x	x		x		3
Qualitätsdaten	x			x					2
Fallliste			x		x				2
Einbeziehung von Fällen			x				x		2
Ausbreitungsprävention			x			x			2
Nachweise Klebs. im KBM ges.				x		x			2
Wiedereröffnung						x	x		2
Umgebungsuntersuchungen			x						1
Personalbesetzung			x						1
Hybase (Dokumentationsprogramm)								x	1

Eigene Zusammenstellung. Quelle: Protokolle des Krisenstabs, Band 9, S. 61 ff.
Anordnung der Themen nach Häufigkeit der Behandlung und nach dem Zeitpunkt der Erstthematisierung

Aber auch die „**Umsetzungsrunde**“ stellte **kein Ausbruchsmanagementteam** im eigentlichen Sinn dar. Ein solches hätte sich vorrangig mit Sofortmaßnahmen zur Erhöhung der Hygienebarrieren und zum Patientenschutz, mit Ursachendiskussion, eigenen Untersuchungen zur Ursachenfeststellung und der Festlegung weiterer Präventionsmaßnahmen befassen müssen.

Themen der „Umsetzungsrunde“	Sitzung Nr.																							
	Fach-gespr.			Umsetzungsrunde																				
	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Summe
Personalscreening	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x		x		x		x	x		19
Patientenscreening	x		x	x	x				x	x	x											x		8
Wiedereröffnung									x		x			x			x	x	x	x	x			8
Fallliste			x	x						x	x				x		x	x						7
Ausbreitungsprävention										x		x	x	x	x		x	x						7
Desinfektion der Station	x		x	x	x		x		x															6
Verlegung/Kohortierung	x	x	x					X											x					5
Medien/Öffentlichkeit						x						x				x				x		x		5
Ursachendiskussion			x							x	x	x												4
Einrechnung von Fällen				x												x						x		3
Andere Stationen					x						x			x										3
Geräte/Produkte	x								x															2
Anerkennung KH-Hygien.					x					x														2
Umgebungsuntersuch.													x				x							2
Patientenverlauf					x																			1

Eigene Zusammenstellung. Quelle: Protokolle der Umsetzungsrunde, Band 100, S. 1-50
Anordnung der Themen nach Häufigkeit der Behandlung und nach dem Zeitpunkt der Erstthematisierung

Stattdessen befasste sich die Umsetzungsrunde schwerpunktmäßig mit dem Personalscreening. Zur Wiedereröffnung der Station, die ebenfalls häufig Thema war, fand keine Risikoabschätzung statt. Die Maßnahmen zur Ausbreitungsprävention beschränkten sich auf die Diskussion um die Aufnahme von Risikoschwangeren und Empfehlungen für KiTas, in denen besiedelte Kinder betreut wurden. Die Ursachenanalyse erschöpfte sich in Nachfragen zum Wasserrohrbruch auf der Dermatologie im August 2010 und in der Diskussion, ob es bei Patienten mit gleichzeitiger E-coli- und Klebsiellen-Besiedelung zu einer Plasmidverschiebung gekommen sein könnte, d.h. zu einer Übertragung der Resistenz.

Was den **Krisenstab** betrifft, so war die Zielsetzung und Tätigkeit des Ausbruchsmanagements **primär auf die Begrenzung des medialen Schadens und eine möglichst schnelle Wiedereröffnung gerichtet**, nicht auf Aufklärung der Ursachen. Auch die Geschäftsführung des KBM beschrieb die Hauptaufgabe des Krisenstabs als Darstellung nach außen:

> „was die Aufgaben des Krisenstabs sind (…) da geht es weitflächig darum, die Informationen zu bündeln, dann auch die pressewirksamen Aktivitäten dort zu koordinieren und zu besprechen, welche Inhalte mit wem besprochen werden müssen, damit man auch fachlich dezidierte Informationen weitergibt beispielsweise.“[308]

Die Umsetzungsrunde dagegen verwaltete den Ausbruch, anstatt ihn aufzuklären – den Aufklärungsanspruch delegierte die Umsetzungsrunde komplett an externe Experten. Man ging vor, wie man es auch 2005 beim Klebsiellen-Ausbruch auf der Neonatologie getan hatte: **Ermahnungen zur Händehygiene und Personalscreening**. Die unausgesprochene Hoffnung war, dass der ‚Spuk‘ genauso wie damals einfach vorübergehen würde.

Alle Maßnahmen zur Erhöhung von Hygienebarrieren auf der 4027 wurden an Krisenstab und Umsetzungsrunde vorbei entschieden und von diesen nicht behandelt: Die Reduzierung der Bettenzahl auf 10 Betten, die angebliche Erhöhung der Reinigungszeit, die Einschränkung des Personalaustauschs zwischen 4027 und 4028. Wer diese **Entscheidungen** gefällt hat, ist aus den Unterlagen nicht eindeutig zu ersehen. Im Krisenstab und in der Umsetzungsrunde wurden sie nicht diskutiert, nicht bewertet, nicht kontrolliert. Weder Krisenstab noch Umsetzungsrunde haben z.B. die zurückliegenden Umgebungsuntersuchungen der betroffenen Stationen komplett zusammengezogen und analysiert, noch eine Bewertung der Personalausstattung vorgenommen, noch die Reinigungsleistung überprüft. Die Desinfektion der geräumten Station, eine zentrale Sicherheitsmaßnahme, wurde von beiden Gremien nicht begleitet und kontrolliert. Hypothesen für Ursachen wurden nicht formuliert, Bedingungen für die Wiedereröffnung nicht definiert.

Die Umsetzungsrunde löst sich, entgegen der Vorgabe der KRINKO-Empfehlung, im Januar ohne Abschlussbericht auf:

> „Es ist geplant, die Umsetzungsrunde im Januar langsam auslaufen zu lassen.“[309]

> „Von allen Teilnehmenden wird einvernehmlich festgestellt, dass die Arbeit der ‚Umsetzungsrunde‘ beendet ist. Das Ressort hatte sich bereits aus der Runde verabschiedet.“[310]

---

[308] Daniela Wendorff, Protokoll der öffentlichen Anhörung 29-4143 f.
[309] Protokoll der Umsetzungsrunde vom 23.12.2011, Band 100, S. 39
[310] Protokoll der Umsetzungsrunde vom 17.01.2012, Band 100, S. 48

Ein qualifiziertes Ausbruchsmanagement fand somit weder im Krisenstab noch in der Umsetzungsrunde statt. Die Verantwortung dafür liegt bei der Krankenhausleitung und bei der Geschäftsführung der GeNo, die das Krisenmanagement federführend an sich gezogen hatte. Eine Mitverantwortung liegt allerdings bei allen TeilnehmerInnen beider Runden, insbesondere auch beim Gesundheitsamt, das von Anfang an bei der Umsetzungsrunde teilnahm und dem eine fachliche Aufsichtsfunktion für ein korrektes Ausbruchsmanagement zukam.

4.3. Unterlassenes Ausbruchsmanagement August/September 2011

Dem Mehrheitsbericht wird in der Auffassung gefolgt, dass spätestens am 8. August 2011 der Tatbestand des Ausbruchsverdachts gegeben war und eigentlich bereits hier, spätestens am 7. September 2011, allerspätestens am 17. Oktober nach Eintreffen der Gentypisierung ein Aufnahmestopp vom Klinikum hätte verhängt werden müssen.

Gleichzeitig hätte spätestens am 7. September 2011 auch ein Ausbruchsmanagementteam eingesetzt werden müssen. Dies ist geboten, sobald ein Ausbruchsverdacht besteht. Ein korrekt arbeitendes Ausbruchsmanagementteam hätte dann u.a. bereits die Aufgabe gehabt festzustellen, ob es möglicherweise schon vorher Fälle gegeben hatte, die aus dem Blick geraten waren, und es hätte sofort damit beginnen müssen, die Hygienebarrieren zu verstärken und Ursachenaufklärung zu betreiben. Das wäre ein wesentlicher Beitrag gewesen, frühzeitig die Dimension des Ausbruchs zu erkennen und mit hoher Wahrscheinlichkeit die Zahl der danach eingetretenen Infektionen zumindest zu verringern.

Die Verantwortung für die unterlassene Einsetzung eines Ausbruchsmanagementteams und den unterlassenen Aufnahmestopp liegt beim Leiter der Kinderklinik und Neonatologie und bei der Geschäftsführung des KBM, die am 12.09.2011 im Jour Fixe der erweiterten Geschäftsführung KBM in Kenntnis gesetzt wurde:

> „Herr Prof. Huppertz informiert, dass es zu einem Ausbruch an Klebsiellen-Infektionen auf der Station 4027 gekommen ist. Das Gesundheitsamt wird am 13.09.2011 hierüber informiert.“[311]

4.4. Kohortierung im Krisenfall reicht nicht

Die Notwendigkeit eines Aufnahmestopps ergibt sich grundsätzlich aus der Vermeidung einer Patientengefährdung durch die Aufnahme auf einer Station mit einem nosokomialen Ausbruch. Sie ergab sich unter den spezifischen Bedingungen des KBM aber auch aus der Notwendigkeit, eine **Patientenisolierung** personell abzusichern. Denn das KBM hatte aufgrund des allgemeinen Personalabbaus kein pflegerisches Fachpersonal, das zur Verstärkung in Krisensituationen hätte eingesetzt werden können. Dies wäre aber notwendig gewesen, um einen angemessenen Patientenschutz zu gewährleisten.

„Kohortierung“ ist unter den Bedingungen eines Ausbruchsverdachts nicht ausreichend. Kohortierung bedeutet, dass infizierte oder besiedelte Patienten zusammen gelegt werden, ebenso werden in einer zweiten Kohorte Patienten zusammen gelegt, die mit den infizierten oder besiedelten Patienten zusammen gelegen hatten und bei denen damit ein Ansteckungsverdacht besteht. Die dritte Kohorte sind Patienten ohne Befall und ohne einen entsprechenden Verdacht auf möglichen Befall.

---

[311] Protokolle der Jour Fixe der erweiterten Geschäftsführung KBM, Nr. 85, 12.09.2011, Band 205, Fach 2, S. 15

Dies bedeutet aber, **dass alle Patienten in der zweiten Kohorte dem Risiko ausgesetzt werden, sich bei anderen Patienten anzustecken**, bei denen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen wird, dass sie Träger des Erregers sind. Ebenso bedeutet es, dass in der ersten Kohorte gegenseitige Mehrfachansteckungen möglich sind, die zur Evolution des Erregers beitragen.

Wie in den Überlastungsanzeigen aus Februar zu sehen ist, führte eine konsequente **Isolierung** der befallenen Patienten dagegen zu **gefährlich schlechten Betreuungsrelationen bei den nicht befallenen Patienten**. Im Normalfall ist eine Betreuung von 10 Patienten durch 5 anwesende Pflegekräfte als ausreichendes Betreuungsverhältnis anzusehen. Sind aber 3 Patienten besiedelt oder infiziert und werden diese isoliert und jeweils von einer einzelnen ihnen zugewiesenen Pflegekraft betreut, stehen für die anderen 7 Patienten nur 2 Pflegekräfte zur Verfügung, was ein gefährlich schlechtes Betreuungsverhältnis darstellt.

Genau solche Situationen wurden in den Überlastungsanzeigen aus der 4027 sowohl im Oktober 2011 als auch im Februar 2012 geschildert.

> „2 Kd. In Isolierung bei ESBL-Besiedlung – 1 Schwester. 1 Kd extremer Aufwand: Intub., 2 x Drainage, 4 x Röntgen, 1 x Kathederanalge. Versorgung von 21-3 Uhr kontinuierlich von einer Schwester.“[312]

> „Zimmerpflege, bei 3 Pat.Zimmern, davon 1 Isolationszimmer. Cito-Sectio bei reanimationspflichtigem Kd., 2 Pflegekräfte im Kreißsaal eingebunden, auf Station 2 Pflegekräfte bei 9 Kd. zuständig (davon 3 Kd. beatmet, instabil), kompl. Aufrüstung Bettplatz samt Beatmungsgerät. Versorgungsgeschehen Zugang: 1 Schwester zuständig (alleinig), Hinzuziehung 2er Oberärzte um Versorgung der anderen Pat. gewährleisten zu können (…)“[313]

Im Krisenfall muss daher aufgestockt werden – was zur Voraussetzung hat, dass man entweder aus dem vorhandenen Personalstamm noch zuzusetzen hat oder dass qualifiziertes Personal von anderen Stationen vorübergehend zugewiesen werden kann. Beides war am KBM jedoch nicht der Fall, weder im Herbst 2011 noch im Februar 2012.

4.5. Rolle des RKI

Nach Öffentlichwerden des Ausbruchs und der Meldung an das RKI war als erste externe Institution das RKI mit einem Team vor Ort tätig. Die VertreterInnen des RKI waren vom 2.11.2011 bis zum 8.11.2011 vor Ort, danach nur noch telefonisch und per Mail eingebunden.[314]

> „Wir sind da im Moment nicht weiter involviert. Wir haben eine Zeit lang einen sehr, sehr engen Kontakt zu Frau Wendorff gehabt. Wir haben fast täglich Mails ausgetauscht und wir haben die Dinge, die uns noch fehlten, über Frau Wendorff angefragt. Das ging dann irgendwann wieder ein bisschen dahin über, dass sie gesagt hat, dass wir teilweise die Sachen direkt über Herrn Dr. Schwalm und Herrn Dr. Selzer anfragen sollen, wenn es

[312] Überlastungsanzeige vom 25.10.2011, Station 4027, Band 161, S. 598
[313] Überlastungsanzeige vom 25.02.2012, Station 4027, Band 161, S. 589 f.
[314] RKI-Zwischenbericht, Band 16, S. 6

> die Station unmittelbar betraf. In die weiteren Strukturen des Klinikums waren wir aber sonst nicht involviert.“[315]

Über welche Informationen das RKI verfügte, hing davon ab, welche Informationen ihm vom KBM übermittelt wurden. Die Informationsbasis des RKI war entsprechend lückenhaft.

> „Das ist ein Befund, den ich eben hier nicht mit aufgeführt habe. Das ist ein sehr verwirrender Befund, den wir auch nie richtig mitbekommen haben. Den Flaschenwärmer auf der anderen Station habe ich eben bei den sieben nicht mit aufgeführt. Der ist uns auch tatsächlich so nicht übermittelt worden.“[316]

> „Ich habe nicht alle diese Prüfprotokolle, die Sie hier anführen. Wir wurden damals, als die Station wiedereröffnet wurde, nicht hinzugezogen.“[317]

> „Dazu [zum Reinigungsgutachten] muss ich klar sagen, dass ich auch diese Informationen nur aus der Presse habe. Es ist tatsächlich nicht ein Thema, mit dem wir uns direkt beschäftigen. Wir haben damals schon sehr früh zu Kenntnis genommen, dass vonseiten des Hygieneinstituts Freiburg ein Audit stattfindet und haben es auch ursprünglich nicht als unseren Auftrag angesehen. Es wurde auch nie so als Auftrag formuliert, dass wir uns um diese Seite vermehrt kümmern. Dementsprechend ist das nicht ein Hauptaugenmerk von unserer Seite. Wir nehmen das zur Kenntnis.“[318]

Diese Stelle ist insofern bemerkenswert, als das Selbstverständnis des RKI hier etwas unklar erscheint. Das RKI handelt ja nicht im Auftrag der Klinik oder der Landesbehörde, sondern – als Bundesbehörde – in eigenem Auftrag. Dabei dürfte die Reinigung nicht ausgespart sein.

Die Tätigkeit des RKI kann die Tätigkeit des Ausbruchsmanagement-Teams an der Klinik nicht ersetzen. Die Einbindung des RKI hatte eine positive Funktion hinsichtlich des eingebrachten externen Sachverstands. Maßnahmen zur Ursachenaufklärung können aber durch das RKI selbst gar nicht vorangetrieben werden, da dieses im Wesentlichen darauf angewiesen ist, Daten zu analysieren. Eigene vertiefte Untersuchungen können nur von einem Ausbruchsmanagementteam vor Ort kommen.

> „Wir haben die Befunde von der Mikrobiologie bekommen, wie viele positive Kinder es in dem Zeitraum gegeben hatte - es waren ausgesprochen wenige -, aber diese Stämme waren nicht mehr da. Wenn Sie meinen, ob wir tatsächlich in dieses Labor gegangen sind und nach dem Keim geschaut haben, also in den Kühlschrank noch einmal, das haben wir nicht gemacht.“[319]

Die Problematik der unzureichenden Konzentrationseinstellung an dem Desinfektionsmittelgerät, das sich um die Ecke der Station 4027 bei den Nebenräumen der Station 3 der Frauenklinik befand, die mit der Station 4027 zu einer Reinigungsschicht zusammengefasst waren, wurde vom RKI nicht bemerkt:

> „Abg. Frau Bernhard: Ich habe doch noch einmal Fragen zu den Desinfektionslösungen, auch im Zusammenhang mit dem Ausbruch der Klebsiellen in Gießen. Dafür war ja eine zu niedrige Konzentration der Desinfektionslösung verantwortlich. Haben Sie sich denn in der Neonatologie angeschaut, welche Konzentrationen dort verwendet worden sind?

---

[315] Tim Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Anhörung 25-3537
[316] Tim Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Anhörung 25-3548
[317] Tim Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Anhörung 25-3561
[318] Tim Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Anhörung 25-3543
[319] Tim Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Anhörung 25-3553

> Zeuge Dr. Eckmanns: Ja, wir haben die Konzentrationen angeschaut, die waren dort aufgeschrieben, und sie waren ausreichend hoch.“[320]

Eine sehr schematische Herangehensweise zeigte das RKI gegenüber durch die Reinigung verursachte Resistenzen:

> „Eine Putzmittelresistenz gibt es nicht. Wenn, dann sind es Desinfektionsmittelresistenzen, das ist aber auch noch einmal etwas ganz anderes als eine Antibiotikaresistenz. Es gibt tatsächlich desinfektionsmittelresistente Erreger, auch Klebsiellen können desinfektionsmittelresistent sein. Es gibt in Deutschland einen relativ berühmten Ausbruch - in Gießen war das - auf einer neonatologischen Intensivstation vor einigen Jahren, wo die Klebsiellen gegen das Desinfektionsmittel resistent waren und sogar in dem Desinfektionsmittel waren. Das wurde hier mehrmals untersucht. Es wurde auch untersucht, ob diese Klebsiellen hier resistent gegen das Desinfektionsmittel sind, das ist aber nicht der Fall gewesen. Diese Untersuchungen sind jetzt abgeschlossen.“[321]

Die erwähnten Untersuchungen der UKSH Kiel zeigen anderes. Es gab in der Tat keine echte Resistenz des Ausbruchsstamms gegenüber dem verwendeten Reinigungsmittel, aber eine deutlich erhöhte und im Verlauf des Ausbruchs zunehmende temporäre Widerstandsfähigkeit.

Unglücklich war die „Kohortenstudie“ des RKI im Zwischenbericht, die von der GeNo dahingehend missverstanden wurde, als wenn Personalmangel als Ursache dadurch ausgeschlossen werden könnte. Dies wurde von der GeNo-Leitung im Aufsichtsrat als RKI-Ergebnis präsentiert und folgendermaßen kommentiert:

> „Wir haben nicht zu wenig Pflegekräfte, aber eine ungleiche Verteilung der Pflegekräfte auf die Schichten. Es gibt keinen Nachweis dafür, dass die Personalbesetzung Ursache für die Übertragung war.“[322]

Insgesamt ging das RKI entgegen der Erfahrung der jüngsten Keimausbrüche im Wesentlichen mit Methoden der klassischen Infektionsepidemiologie vor, die auf die Besonderheiten von Krankenhaus-Infektionen nur **unzureichend angepasst** sind. Daraus resultiert ein Untersuchungsansatz, bei dem entweder eine Quelle, ein gerätebezogener Übertragungsweg oder eine eindeutige Person-zu-Person-Übertragung (z.B. ausgehend von einem Keimträger) identifiziert wird oder aber keine Ursache festgestellt werden kann. Strukturelle Faktoren bleiben tendenziell außerhalb der Betrachtung. Entsprechend konnte für die überwiegende Zahl von Keimausbrüchen in Neonatologien in den letzten Jahren keine Ursachen gefunden werden.

4.3. Rolle des BZH

Im Unterschied zum RKI befand sich das BZH Freiburg in einem **„kommerziellen Dienstleistungsverhältnis“** zur GeNo und wurde von ihr beauftragt und bezahlt.

> „Wir stehen derzeit in einem kommerziellen Dienstleistungsverhältnis mit der GeNo, insofern als wir den Auftrag für die Schulung der Mitarbeiter übernommen haben und auch noch drei Auditierungstermine, um zu sehen, inwieweit empfohlene Maßnahmen

[320] Tim Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Anhörung 25-3576
[321] Tim Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Anhörung 15-2108 f.
[322] Sachstand Ereignisse Neonatologie, AR-Sitzung 14.12.2011, Band 60, S. 115

> umgesetzt wurden, zugesagt haben sowie diese Analyse der Baubetreuung. Das ist der Umfang, mit dem wir derzeit beauftragt worden sind.“[323]

Das BZH äußerte sich **sehr vorsichtig** zu möglichen Mängeln seitens der Klinik. Im Gegensatz zum RKI wies das BZH dagegen **frühzeitig auf die Rolle der Reinigung hin**, ebenso wie auf die Rolle baulicher Unzulänglichkeiten.

Ausgespart wurde allerdings die Frage der personellen Unterbesetzung. Im Bericht des BZH heißt es dazu lediglich, die Analyse „läuft noch“.[324] Auch Mitte Januar 2012 konnte das BZH keine Angaben dazu machen, ob diese Analyse inzwischen beendet sei.

> „Abg. Frau Bernhard: (…) Ich möchte noch einmal gern wissen, was heißt denn, die Analyse des Personalschlüssels in Bezug auf die Belegungszahl läuft noch?
>
> Zeuge Dr. Schulz-Stübner: Das heißt, dass zum Zeitpunkt der Begehung und der Erstellung des Berichts die Berechnung, wie viele Pflegekräfte waren denn tatsächlich vor Ort, seitens des Hauses noch nicht vorlag und fertig war. Wir haben in der Empfehlung ganz eindeutig gesagt, wir empfehlen die Einhaltung der genannten Empfehlungen der Fachgesellschaften. Mehr kann man dazu letztlich für die Zukunft nicht sagen.
>
> Abg. Frau Bernhard: Haben Sie denn bezüglich dieses Zusammenhangs mit den Klinikvertretern und -vertreterinnen, die mit involviert waren, gesprochen? War das da mit ein Thema?
>
> Zeuge Dr. Schulz-Stübner: Sie haben unsere Stellungnahme entsprechend bekommen und das auch zur Kenntnis genommen, ja, auch in dem, was wir vor Ort an Reaktionen gemerkt haben, auch damit begonnen gehabt, Poolressourcen zur Verfügung zu stellen, dort Veränderungen vorzunehmen. Über die Details kann ich jetzt aber nichts sagen, diese entziehen sich jetzt meiner Kenntnis und waren nach Erstellung unseres Berichts, was die Umsetzung angeht.“[325]

Erst durch das Reinigungsgutachten von Lutz Weber vom BZH fiel allgemein auf, dass auch der BZH-Bericht einige der im Gutachten beschriebenen Mängel vorsichtig angedeutet hatte, etwa bezüglich der unklaren Handlungsanweisungen. Auch die mangelhafte Abgrenzung zwischen Reinigungskräften und Pflegekräften bei der Desinfektion wurde darin benannt.

Festzuhalten ist, dass das BZH zu keinem Zeitpunkt mit einer Ursachenanalyse beauftragt war und eine solche auch nicht vorgenommen hat. Die Feststellung von Mängeln und möglichen Schwachstellen berücksichtigte ein breiteres Ursachenspektrum, als beim RKI. **Auch für das BZH waren allerdings Personal- und Reinigungsausstattung (im Unterschied zu Schwächen bei den Handlungsanweisungen) heikle Themen, die in der Beratung des KBM eher ausgespart wurden.**

4.3. Verhältnis der GeNo zu externer Beratung

Seit dem Öffentlichwerden des Keimausbruchs hat die GeNo eine Vielzahl an externer Beratung einbezogen. Dabei kühlte sich das Interesse jedes Mal wieder ab, wenn die Beratung nicht das gewünschte Ziel lieferte: Die „schöne Situation“ (Eckmanns), dass eine

---

[323] Sebastian Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Anhörung 3-496
[324] Band 22, S. 31
[325] Sebastian Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Anhörung 3-489 f.

Punktquelle gefunden wird, mit der sich Fragen nach strukturellen Missständen und Organisationsverantwortung erledigen würden.

> „Herr Professor Dr. Exner, der als dritter und von uns beauftragter Hygieneexperte ebenfalls nach der Punktquelle sucht“[326]

> „Im Moment habe ich wirklich alle Hände voll zu tun, den Schaden von dem Unternehmen abzuwenden, den wir letztendlich hier dann auch durch diesen Vorfall haben. (…) Wir werden sicherlich durch den Abschluss dieser Thematik, idealerweise mit einer Identifikation der entsprechenden Keimquelle, dann einen entsprechenden Schlussstrich ziehen können.“[327]

Oder, wie es der Zeugenanwalt der GeNo in der gleichen Anhörung auf den Punkt brachte:

> „Wenn es der Schlauch war, war es kein Skandal!“[328]

Der Bedarf nach externer Beratung war die Kehrseite des eigenen mangelhaften Ausbruchsmanagements. Ohne ein zielstrebiges eigenes Ausbruchsmanagement konnte aber auch externe Beratung nicht greifen.

> „Im Prinzip hat man sich also hier immer nur so ein bisschen Gutachter geholt. (…) Also, mein Eindruck ist, dass man hier im Prinzip von der ganzen Situation komplett überrollt wurde, dass man überhaupt keine Ahnung hatte, wie man mit so einer Situation umgeht, und dann eben gehofft hat, jetzt holen wir uns einmal ein paar, und die werden uns da schon heraushelfen. Das ist ja nicht passiert.“[329]

Da die Leitung des Ausbruchsmanagements nicht beim Krankenhaushygieniker, sondern bei der Geschäftsführung lag, dominierten deren Zielsetzungen. Zu diesen gehörte neben der Begrenzung des medialen Schadens vor allem die Kontrolle der Diskussion.

> „Abg. Frau Dr. Mohr-Lüllmann: (…) Ich stelle mir nach den Monaten, die ich hier sitze, jetzt vor, in dem Haus sind einer vom BZH, ein Desinfektor, das RKI und Herr Professor Dr. Exner unterwegs und alle irgendwie im Umfeld der Problematik, Hygienemaßnahmen zu verbessern oder eine Analyse des Status quo zu erbringen. (…) Es kann ja nicht sein, dass da zig Leute herumlaufen, und keiner hat eine Endverantwortung. Wie stelle ich mir das vor?
>
> Zeugin Wendorff: (…) Wenn es Ergebnisse gibt, dann werden wir die in der Regel im Krisenstab auch zentral verarbeiten, jetzt aktuell, weil er das Medium ist, um dort alle Ergebnisse zusammenfließen zu lassen (…) Das heißt, wir werden es gerade wegen dieser kritischen Situation nicht zulassen, dass bestimmte Themen ohne Begleitung durch die Geschäftsführung bearbeitet und mit Empfehlungen und Maßnahmen belegt werden.“[330]

4.4. Verfrühte Wiedereröffnung der Station

Die GeNo-Leitung hatte ein herausragendes Interesse an einer schnellen Wiedereröffnung der Frühgeborenen-Station.

---

[326] Daniela Wendorff, Protokoll der öffentlichen Anhörung 29-4142
[327] Tomislav Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Anhörung 25-3652 f.
[328] RA Joester, Protokoll der öffentlichen Anhörung 25-3653
[329] Walter Popp, Protokoll der öffentlichen Anhörung 32-4742
[330] Daniela Wendorff, Protokoll der öffentlichen Anhörung 29-4141 ff.

> „Auf Nachfrage von Sebastian Wriedt zu den wirtschaftlichen Ausfällen im KBM sagt Herr Dr. Hansen, dass es einen fulminanten Einbruch in der Geburtenhilfe gegeben hat. Die Folgen der Schließung der Neonatologie werden erst zeitversetzt spürbar sein. Hier ist der entscheidende Punkt, wann die Station wiedereröffnet wird.“[331]

Ursprünglich sollte die „feierliche Wiedereröffnung“ bereits am 23.12.2012 stattfinden – „die Gesundheitssenatorin Frau Jürgens-Pieper wie auch der Bürgermeister Herr Böhrnsen sowie die Bürgermeisterin Frau Linnert wollen teilnehmen“[332] –, dann wurde der Termin auf den 5.01.2012[333], schließlich auf den 9.01.2012 verschoben.[334] Der Zeitplan richtete sich einerseits nach der Geschwindigkeit der baulichen Renovierung auf der Station, andererseits sollte der Zwischenbericht des RKI abgewartet werden.

> „Ich weiß nur, dass wir ein bisschen bei der zu eiligen Wiedereröffnung gebremst haben, dass es Auflagen des Gesundheitsamts gab, auch im Detail, und dass wir als Behörde gesagt haben, erst wenn das Gesundheitsamt grünes Licht zur Wiedereröffnung gibt, inklusive dieser Maßnahmen (…) erst dann empfehlen wir unserer Senatorin, diese Station wieder zu eröffnen.“[335]

Der von der GeNo-Geschäftsführung vorgegebene Zeitplan führte zu schweren Fehlern bei der Desinfektion der Station. So wurde die Station **vor der Desinfektion wieder eingeräumt**, anstatt erst die leere Station zu desinfizieren und dann noch einmal die wiedereingeräumte:

> „In Anbetracht des engen Terminplans halte ich ein Einräumen der Station nach der Grundreinigung für vertretbar. Die Station wäre bis zum 30.12. einzuräumen, am 2.01. erfolgt die Abschlussdesinfektion und am 3.01.2012 die hygienischen Umgebungsuntersuchungen.
>
> Ich möchte aber, dass ein Abweichen von der ansonsten nach Baumaßnahmen üblichen Verfahrensweise (Abschluss Umbau – 1.Grundreinigung – 2.Routinemäßige Desinfektion = desinfizierende Reinigung – 3.Hygienische Abnahme – 4.Einräumen – 5.Abschlussdesinfektion = Feindesinfektion) offiziell beschlossen wird.“[336]

Ob ein solcher „offizieller Beschluss“ jemals gefasst wurde, ließ sich in den Anhörungen nicht ermitteln. Auch wurden **einige Räume und einige Gegenstände gar nicht desinfiziert**:

> „Wir fanden sogar problematischer, dass bestimmte Räume nicht besonders aufbereitet wurden, zum Beispiel die Küche. In der Küche wurde ja damals gar nichts gemacht.“[337]
>
> „Desweiteren fiel auf, dass Handbücher, bestimmte Akten und Büromaterialien undesinfiziert wieder auf die Station gelangt sind.“[338]

Am 23.12.2011, „nach Scheuer-, Wischdesinfektion mit dem Desinfektor“, erfolgte eine **Probenahme mit katastrophalem Ergebnis**:

---

[331] Protokolle der Monatsgespräche KBR und Geschäftsführung GeNo, November 2011, TOP 3 Bericht der GF, Band 184, S. 175
[332] Protokoll der Umsetzungsrunde vom 6.12.2011, Band 100, S. 33
[333] Protokoll der Umsetzungsrunde vom 9.12.2011, Band 100, S. 35
[334] Protokoll der Umsetzungsrunde vom 14.12.2011, Band 100, S. 39
[335] Götz, Protokoll der öffentlichen Anhörung 21-2899
[336] Mail Kappler an die Geschäftsführung KBM und die Hygienefachkräfte vom 27.12.2011, Band 116
[337] Tim Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Anhörung 25-3561
[338] Schreiben des BZHan den Ausschuss vom 14.05.2012, S. 6

„Die Desinfektion war in den Säuglingszimmern unzureichend, da z.B. auf den Ablagen und Fensterbänken gar nicht gewischt wurde – hier lag Baustaub. Die geringen Keimzahlen geben den schlechten optischen Eindruck nicht wieder.

Einige Räume wurden nicht bzw. ebenfalls unzureichend desinfiziert: Die Schublade im Labor wurde nicht gesäubert (Hefen), im Elternzimmer wies das Sofa Hefen auf, Kosmetiktuchboxen und Waschbecken wiesen zu viele Keime auf. Im Waschmaschinenraum und im Flur wurde mit Staph. aureus ein potentieller Krankheitserreger auf dem Trockner und der Rohrpost festgestellt.

Eine Grundreinigung wurde wegen der Baustabreste angeordnet.“[339]

Am 3. Januar 2012, 6 Tage vor der Wiedereröffnung, wurde nach der Abschlussdesinfektion durch das Personal der GND eine **Verkeimung der verwendeten Desco-Wipes-Eimer** entdeckt. Die Eimer wurden daraufhin „verworfen“ und festgestellt, die Station könne „aus hygienischer Sicht wieder in Betrieb genommen werden.“[340]

Festzuhalten ist, dass es gegen die Wiedereröffnung der Station zu diesem Zeitpunkt **mehrere Kontraindikatoren** gab:

- Es lag kein Abschlussbericht des Ausbruchsmanagementteams vor, in dem die einzuhaltenden Präventionsmaßnahmen aufgeführt werden, die dann begleitet und kontrolliert hätten werden können
- Die Desinfektion der Station verlief unsicher und fehlerhaft
- Eine Erhöhung der Reinigungsleistung war nicht geklärt
- Mängel in der Reinigung waren ebenso bekannt, wie (z.B. aus den Anhängen des RKI-Zwischenberichts) auffällige Keimbefunde aus der Zeit vor der Schließung der Station
- Durch die Reduzierung der Bettenzahl war die Betreuungsrelation vertretbar. Es gab aber kein Ausfallkonzept, insbesondere nicht für den Fall, dass mehrere Isolierungen gleichzeitig nötig würden.

Die Wiedereröffnung war daher verfrüht und stellte ein erhebliches Risiko für die Patienten dar.

[339] Band 105, S. 379
[340] Band 105, S. 373

5. Diskussion

Patienten

Von dem Keimausbruch auf der Neonatologie des KBM waren insgesamt 37 Frühgeborene betroffen. 11 davon erkrankten. Vier der erkrankten starben an der Infektion mit dem Erreger, bei einem fünften Kind ist unklar, wieweit der Erreger für den Tod mit ursächlich war.

Im Jahr 2011 kam es auf den Stationen 4027 und 4028 zu einem gehäuften Auftreten von Infektionen mit ESBL-KIebsiellen, das definitionsgemäß einen Ausbruch darstellt. Durch Gentypisierungen konnte ermittelt werden, dass mindestens 30 Kinder mit dem Ausbruchsstamm angesteckt waren. In 9 Fällen kam es nicht nur zur Besiedlung, sondern zur Infektion, in 3 Fällen führte die Infektion zum Tod.[341] 2 der Nachweise erfolgten an bereits entlassenen Kindern, die im Zuge des Ausbruchs nachträglich untersucht wurden und sich als noch besiedelt herausstellten.[342]

Im Februar 2012 kam es erneut zum Auftreten des identischen Keims. 5 Kinder wurden besiedelt, 1 davon infiziert, die Infektion führte zum Tod.

Durch nachträgliche Typisierung stellte sich heraus, dass bereits im Januar 2009 ein Kind mit demselben, genidentischen Erreger infiziert war. Dieses Kind ist somit als der **Indexpatient** („Patient Zero“) anzusehen, d.h. der früheste bekannte Nachweispatient. Beim Indexpatienten wurden erstmals am **28.10.2008** Klebsiella pneumoniae (ESBL) nachgewiesen, dies ist als das früheste bekannte Auftreten des Ausbruchsstamms anzusehen.[343]

In der Liste der Fälle von nachgewiesenen Erregern mit besonderen Resistenzen sind für 2008 4 Fälle von Klebsiella pneumoniae (ESBL) aufgeführt, die zum Zeitpunkt des Erstnachweises auf der Kinderklinik bzw. auf der Neonatologie lagen, darunter auch der Indexpatient. 2 der 3 anderen Fälle weisen das gleiche Resistenzprofil auf.[344] Außer dem Indexpatienten lag noch ein weiterer dieser Patienten auch 2009 in der Kinderklinik bzw. der Neonatologie.[345] Für 2007 sind keine ESBL-Klebsiellen in Kinderklinik und Neonatologie verzeichnet.[346] Laut Auskunft des Laborzentrums gab es 2009 insgesamt 6 Erstnachweise von ESBL-Klebsiella-pneumoniae, der letzte davon im August. Im Jahr 2010 gab es nur 1 Erstnachweis, und zwar im Januar.[347] Der erste in 2011 auftretende Erstnachweis war im April.

Vor Oktober 2011 fand kein systematisches Screening auf ESBL-Klebsiellen statt. Ebenfalls wurden nachgewiesene Klebsiellen nur in Ausnahmefällen gentypisiert, etwa im Rahmen des

---

[341] Bei einem vierten Kind ist der Zusammenhang zwischen Keimbefall und Tod unklar.

[342] Erster Zwischenbericht aus der Neonatologie am Klinikum Bremen-Mitte, 13.06.2012, Band 197, S. 5. Bei 4 der 37 Kinder „muss von diesem Stamm ausgegangen werden“, obwohl eine Gentypisierung nicht mehr möglich ist. Im „Zwischenbericht“ noch nicht berücksichtigt ist das Kind aus Mai 2012.

[343] Separate Niederschrift gem. § 23, 2008, Band 126. Die Probe, die als genidentisch bestimmt werden konnte, ist dagegen aus dem Januar. Es ist allerdings hochwahrscheinlich, dass es sich im Oktober 2008 bereits um denselben Keimstamm handelte, da es derselbe Patient ist, beide Male EBSL-Klebsiellen nachgewiesen wurden, und das Resistenzprofil das gleiche ist.

[344] Resistente Keime gem. § 23, 01.01.2008-21.12.2008, Band 74

[345] Separate Niederschrift gem. § 23, 2009, Band 116

[346] Resistente Keime gem. § 23, 2007, Band 73. Eine Abfrage beim Zentrallabor durch das RKI fand nur für die Jahre 2009-2011 statt.

[347] RKI-Zwischenbericht, Band 16, S. 17. Der Patient aus Januar 2010 ist auch in Band 94 verzeichnet, dem Stationsordner gem. § 23.

Ausbruchsgeschehens 2005, und keine Proben systematisch aufbewahrt. Die **Informationen** für den Zeitraum vor Oktober 2011 sind daher in hohem Maße lückenhaft oder fehlen ganz.

Im Frühjahr 2005 kam es auf der Station 4027 bereits zu einem Ausbruch mit ESBL-Klebsiellen. Hierzu liegen keine Proben mehr vor, aber eine Gentypisierung. Anhand der Gentypisierung ist eine Identität mit dem Ausbruchsstamm 2009-2012 unwahrscheinlich, wenn auch nicht völlig auszuschließen.

Ab Juni 2012 sind keine weiteren Fälle mehr aufgetreten.

Auszugehen ist daher von einem Ausbruch, der sich von **Oktober 2008 bis Mai 2012**, also über dreieinhalb Jahre hinweg, erstreckt hat und in drei bekannten Wellen ablief (Januar 2009, April bis November 2011, Februar bis Mai 2012).

Umgebungsuntersuchungen und Personenscreening

Umgebungsuntersuchungen der betroffenen Stationen vor Oktober 2011 liegen in mehr oder weniger zufälliger Form vor. Sie sind nirgends systematisch gesammelt.

Nachgewiesen wurde der genidentische Erreger bei **7 Objekten**. Bei Abklatschproben vom 7.09.2012 wurde der Erreger gefunden an der Windelwaage, an einem Kanülenabwurf, am Schnuller eines besiedelten Kindes und auf der Hand einer Pflegekraft. Vor Umzug der Neonatologie in die Station 3911 wurde dort am 4.11.2012 der Erreger auf einem Flaschenwärmer nachgewiesen. Nach der zweiten Schließung der Station Ende Februar 2012 wurde der Erreger dort fünf Tage später an einer Handschuhbox gefunden. Außerdem gibt es aus dem Februar 2012 einen Nachweis auf dem Sauger eines besiedelten Kindes. Es wurde also auf zwei der drei betroffenen Stationen (4027 und 3911) der Erreger mindestens einmal in unbelebter Umgebung nachgewiesen, und zwar auf Gegenständen, die sich für eine Streuung eignen (Windelwaage, Handschuhbox, Flaschenwärmer).

Auch die Umgebungsuntersuchungen ab November 2011 lagen dem Ausschuss nicht in gesammelter Form vor. Nach Angaben der GeNo-Leitung handelt es sich um „über 1.000 Proben“. Bei einer Probenahme auf einer Station werden jeweils ca. 20-50 Proben genommen, 1.000 Proben entsprechen also 20 bis 50 Stationsuntersuchungen. Ein Drittel davon entfällt auf die Zeit nach der zweiten Schließung der Station 4027. „Für Umgebungsuntersuchungen wurden 313 Abstrichproben genommen, davon 285 auf der Neonatologie sowie 28 auf der Geburtshilfe“[348]; diese Zahlen beziehen sich auf den März 2012[349].

Nach Auskunft des Desinfektors, Herrn Sextro, sollten Umgebungsuntersuchungen möglichst zufällig erfolgen (ergänzt durch Untersuchungen von bekannten oder vermuteten Problemstellen). Aus den Umgebungsuntersuchungen, die vorliegen, ergibt sich, dass das nicht der Fall war, sondern dass dabei überwiegend ‚objektorientiert‘ getestet wurde. So gibt es keine Abklatschproben von Fußböden oder Wänden, es finden sich auch keine Probenentnahmen von Toiletten. Für den Zeitraum vor November 2011 ist ferner unklar, worauf die Umgebungsuntersuchungen analysiert wurden und worauf nicht, ob also z.B. Klebsiellen-Funde in jedem Fall auf ESBL geprüft wurden oder ob dies offen blieb.

Bei allen **Screening-Untersuchungen des Personals** und sonstiger StationsbesucherInnen wurde niemals der Ausbruchsstamm nachgewiesen. Beim Screening 2005 wurden bei 2

[348] Renate Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Anhörung 31-4503 bzw. 31-4504
[349] Redebeitrag Jürgens-Pieper vor dem Ausschuss, s. Anm. 4, S. 35

Beschäftigten ESBL-Klebsiellen nachgewiesen, die aber nicht genidentisch waren mit den damals bei Patienten nachgewiesenen Stämmen. Beim Screening ab November 2011 wurden überhaupt keine ESBL-Klebsiellen nachgewiesen, was statistisch unerwartet war, aber nicht sinnvoll zu bezweifeln ist.

Erreger und unbelebte Umgebung

Nach übereinstimmender Meinung der angehörten Experten kann der Ausbruchsstamm auf **trockener Fläche** länger überleben, als bislang angenommen, und zwar mehrere Tage, möglicherweise bis zu 3 Wochen. Der Nachweis auf der Handschuhbox der geschlossenen Station belegt dies ebenso wie die Experimente, die Herr Exner gezielt mit dem Ausbruchsstamm unternommen hat. Es ist davon auszugehen, dass die Überlebensdauer von Ernährungsmöglichkeiten abhängt, also auf gereinigten Flächen kürzer ist als auf ungereinigten. In **feuchter Umgebung** überlebt der Stamm länger als auf trockenen Flächen, bei geeigneten Bedingungen möglicherweise praktisch unbegrenzt. Der Erreger kann in Flüssigkeit ebenso überleben wie an der Luft.

Der Erreger des Ausbruchs ist also nicht darauf angewiesen, in oder auf Personen zu überleben. Um sehr lange Zeiten zu überdauern, etwa den Zeitraum zwischen dem ersten Auftreten 2009 und dem erneuten Auftreten 2011, wäre der Erreger allerdings auf ein günstiges, feuchtes Habitat angewiesen. Dafür kämen folgende Möglichkeiten in Betracht:

- Die Umgebungsuntersuchungen, die aus verschiedenen Jahren bis 2005 zurück vorliegen, zeigen häufig Klebsiellen-Nachweise in den **Siphons**. Dies gilt ähnlich wie bei Pseudomonaden als kaum vermeidbar und wird auch von der Krankenhaushygiene als „übliche Flora“ vermerkt. Eine Desinfektion der Siphons hat (mit wenigen Ausnahmen) nach den vorliegenden Informationen erst nach dem 3.11.2011 stattgefunden, durch komplettes Auswechseln und bei der Schlussdesinfektion mit dem Desinfektor. Ein Eintrag durch Spritzwasser aus den Siphons durch Ausgießen oder durch über dem Ausguss angebrachte Wasserhähne wurde in den Umgebungsuntersuchungen immer wieder als Gefahr beschrieben.

- Die Untersuchungen von Martin Exner stellten Spuren von Klebsiellen-DNA in einem eingetrockneten Biofilm im Wasserzulauf-Schlauch eines der Desinfektionsmittel-Geräte fest, allerdings keinen Nachweis von ESBL. Ob es sich um dennoch um den Ausbruchsstamm gehandelt hat, ist nicht mehr feststellbar.

- Leitungswasser oder Wasserleitungen sind als Habitat weniger wahrscheinlich, da dann ein Auftreten auf anderen Stationen die Folge gewesen wäre. Wasseruntersuchungen erbrachten keine Nachweise des Ausbruchsstamms.

Erreger und Desinfektionsmittel

Zur Wirkung von Desinfektionsmitteln, speziell Microbac Forte, ist vom Universitätsklinikum Schleswig-Holstein eine gezielte Untersuchung unternommen worden. Dabei wurden Isolate des Ausbruchsstamms aus Nachweisen 2009, 2011 und 02/2012 in organisch angereicherter Lösung aufgebracht und mit Microbac in unterschiedlichen Konzentrationen behandelt; die Keimzahlen wurden nach 30 min, 60 min und 4 Stunden geprüft. Neben dem Ausbruchsstamm wurde dabei auch ein Isolat eines anderen Klebsiella-pneumoniae-Stammes getestet, „der für Desinfektionsmitteltestungen geeignet ist“.[350]

[350] UKSH Kiel, Prüfbericht 2012-108, dem Ausschuss übermittelt 22.06.12

Dabei ergaben sich bemerkenswerte Unterschiede. So erwiesen sich die Isolate des Bremer Ausbruchsstamms zunächst als **erheblich widerstandsfähiger, als der Vergleichsstamm**. So wurde das Isolat aus 2009 nach 30 min. bei einer Konzentration von 0,25 % nur sehr wenig reduziert, das Isolat aus 2011 zeigte nach 30 min. bei einer Konzentration von 0,25 % keinerlei angebbare Reduzierung, das Isolat aus 2012 sogar nach 30 min. bei einer Konzentration von 0,5 %. Dagegen wurde nach 4 Stunden bei den Isolaten aus 2009 und 2011 eine vollständige Reduktion bei allen Konzentrationen erreicht, beim Isolat aus 2012 mit Ausnahme einer 0,10 % Konzentration, während beim Vergleichsstamm nach 4 Stunden bei Konzentrationen von 0,5 % oder 0,25 % noch vereinzelte Kolonien übrig waren.

Nach den Ergebnissen der UKSH zeigt der Ausbruchsstamm im Verhältnis zum Vergleichsstamm demnach eine **höhere Widerstandsfähigkeit bei kurzer Einwirkung** des Desinfektionsmittels (selbst in hoher Konzentration) und eine **geringere Widerstandsfähigkeit bei langer Einwirkung** (selbst in niedriger Konzentration), wobei die Überlebensfähigkeit des Stamms im Vergleich der Isolate aus 2009, 2011 und 2012 zugenommen hat. Die höhere Reduktion bei Verwendung einer 0,5 % Konzentration gegenüber einer 0,25 % Konzentration ist dabei deutlich.

Sowohl eine zu geringe Konzentration des Desinfektionsmittels als auch eine nachträgliche Verdünnung durch Verkeimung des Desinfektionsmittels hätten demnach die Überlebensmöglichkeit des Keims auf unbelebten Flächen deutlich verbessert. Die größte Gefahr wäre aber von einer zu kurzen Einwirkungszeit ausgegangen. Bei einer Berührung der desinfizierten Flächen nach 30 min. hätte der Erreger **übertragen** werden können, während er dennoch nach 1 oder 2 Stunden auf der Fläche **nicht mehr nachweisbar** gewesen wäre.

Dasselbe gilt für eine durch Verkeimung verdünnte Desinfektionsmittellösung. Obwohl die Lösung den Keim auf Flächen, die damit desinfiziert wurden, nicht mehr mit der erforderlichen Wirksamkeit reduziert hätte, wäre nach einiger Zeit in der Lösung selbst der Keim nicht mehr nachgewiesen worden, da er auch eine verminderte Konzentration auf Dauer nicht überlebt.

Dass der Erreger in den Umgebungsuntersuchungen nur am 7.09.2011 und danach nur noch in 3 Fällen nachgewiesen wurde (Handschuhbox, Sauger, Flaschenwärmer), ließe sich durch diesen Effekt erklären, bei dem Übertragung vermittels unzureichend desinfizierter Flächen stattfinden kann, während gleichzeitig nur in einem kurzen Zeitfenster der Nachweis des Keims auf dieser Fläche möglich ist.

Erreger und belebte Umgebung

Der spezifische Erregerstamm des Ausbruchs ist außerhalb der betroffenen Stationen nirgends nachgewiesen, mit Ausnahme eines Nachweises in Russland und mit Ausnahme der Patienten, die als besiedelt aus dem KBM entlassen wurden. In der lokalen Bevölkerung ist der Erregerstamm offensichtlich **nicht verbreitet**. Auch bei ESBL-Klebsiellen, die auf anderen Stationen im KBM auftraten, konnte nie eine Genidentität festgestellt werden.

Auch ein Nachweis dieses Erregerstamms bei Tieren, z.B. in der Massentierhaltung, existiert nicht. Inwieweit hier allerdings überhaupt systematische Proben und Typisierungen stattfinden, entzieht sich der Kenntnis des Ausschusses.

Von den bekanntermaßen als mit dem Erregerstamm besiedelten Patienten kam es in einem Drittel der Fälle zur Infektion, bei zwei Dritteln blieb es bei einer Besiedlung. Der Stamm ist also **nicht hochinfektiös** in dem Sinne, dass es in der Mehrzahl der besiedelten Fälle zur

Selbstansteckung mit Infektionsfolgen kommt. Dies deckt sich mit den Angaben der WHO: Die Infektionsdosis, d.h. die Anzahl von Bakterien, die bei 50 % der Fälle zu einer Infektion führt, wird von der WHO für Klebsiellen mit >100.000 angegeben.[351] Dies bezieht sich auf erwachsene, gesunde Personen. Bei hoch infektiösen Erregern wie Noroviren oder EHEC beträgt die Infektionsdosis daggen 10 bis 100, bei E.Coli als typischem Vertreter der Enterobakterien beträgt sie 10^6, also 1.000.000 Bakterien.

In der Familie des Indexpatienten aus 2009 ist der Erregerstamm nicht weitergegeben worden, der Patient selbst weist den Erreger ebenfalls nicht mehr auf.[352] Eine Übertragung auf Familienangehörige ist auch bei keinem anderen besiedelt entlassenen Patienten bekannt. Eine Sanierung der besiedelten Patienten mit dem Erreger findet nicht unmittelbar statt, einige Patienten sind auch nach einigen Monaten noch besiedelt, ohne zu erkranken. Gemessen an der Zahl der in der Klinik festgestellten Keimnachweise deutet die geringe Zahl von 2 Erstnachweisen bei bereits entlassenen Kindern jedoch darauf hin, dass die Sanierung zügig einsetzt und dass es wahrscheinlich weitere besiedelt entlassene Kinder gab, bei denen der Keim inzwischen verschwunden war.

Es gibt bislang keinen Nachweis des Ausbruchsstamms an erwachsenen Patienten oder Personal. Dies kann darauf hindeuten, dass sich der Erregerstamm auf gesunden Patienten, die im Gegensatz zu Frühgeborenen eine entwickelte Keimflora haben, in der Regel nicht festsetzen kann bzw. dass er bei gesunden, besiedelten Frühgeborenen im Rahmen der allmählichen Ausbildung ihrer Keimflora verschwindet bzw. **verdrängt** wird.

Besiedelte Frühgeborene behalten den Keim für Wochen oder Monate. Sie stellten damit ein Reservoir dar, wo der Keim auf den betroffenen Stationen überleben konnte. Laut Zwischenbericht des RKI ist eine lückenlose Übertragungskette zwischen betroffenen Patienten ab Juli 2011 konstruierbar. Da kein regelmäßiges Screening vor dem 25.10.2011 stattfand, kann es 2009 bis 2011 weitere, unbemerkte Fälle von Besiedlung mit dem Erreger gegeben haben.

Relative Unauffälligkeit des Erregers

Aufgrund der genannten Eigenschaften bleibt der Erreger **längere Zeit verhältnismäßig unauffällig,** da nur ein Drittel der besiedelten Patienten erkrankte. Allerdings verliefen Infektionen bei einem relativ hohen Anteil der infizierten Patienten tödlich.

Da Patienten erst ab dem 25.10.2011 grundsätzlich gescreent wurden und Abstriche vorher nur bei auffälligen, d.h. infizierten Patienten erfolgten, wären Besiedlungen vor dem 25.10.2011 nicht bemerkt worden.[353] Auch bei infizierten und rasch verstorbenen Kinder wäre nicht unbedingt post mortem ein Abstrich erfolgt, der den Keim nachgewiesen hätte.[354] Eine Person-zu-Person-Übertragung kann daher auch vor dem Juli 2011 erfolgt sein, ohne bemerkt worden zu sein.

Wenn die Erkenntnisse der UKSH Kiel zugrunde gelegt werden, ist der Erreger **auch durch seine Reaktion auf Desinfektionsmittel unauffällig**, da er selbst bei Unterdosierung letztlich abstirbt, während er innerhalb der ersten halben Stunde sehr widerstandsfähig und

---

[351] Prüss, Giroult and Rushbrook (eds.): Safe management of wastes from health-care activities, WHO, Genf, 1999, S. 149

[352] Band 197, S. 5

[353] Höchstens zufällig, wenn ein mit einer anderen Bakterienart infizierter Patient deswegen abgestrichen worden wäre.

[354] Wie bei dem im März 2011 erkrankten und verstorbenen Kind, bei dem eine bakterielle Sepsis verzeichnet ist, aber kein Keimnachweis.

damit übertragungsaktiv ist. Auf patientennahen Kontaktflächen, die regelmäßig desinfiziert werden, verschwindet der Keim daher schnell wieder, was Nachweise unwahrscheinlicher macht.

Auf trockenen Flächen, die nicht desinfiziert wurden, kann der Erreger mehrere Tage überleben. **Patienten- und Beschäftigtenaustausch zwischen Stationen** kommt daher als Verbreitungs- und Eintragsvektor in Betracht.

Begünstigung durch die spezifischen Bedingungen der Station

Die Bedingungen der Station 4027 waren geradezu ideal für eine langanhaltende Ausbruchssituation mit dem Erreger.

Die personelle Unterbesetzung in der Pflege war geeignet, **Übertragung** zwischen Patienten zu fördern. Dies war eine notwendige Voraussetzung für das Überleben und die Verbreitung des Keims. Die unzureichende Reinigung und Desinfektion hat zwar Nachweise erschwert, aber die **Verbreitung** nicht verhindern können. Mangelhafte Reinigung eröffnete dem Erreger sowohl zusätzliche Übertragungswege (nämlich über tote Flächen) als auch langfristige unbelebte **Reservoirs**, in denen er überdauern konnte. Potenzielle Reservoirs wie Siphons wurden nur in großen Abständen wirksam desinfiziert oder ausgetauscht, Desinfektionsmaßnahmen blieben lückenhaft.

Der Personen- und Patientenaustausch zwischen 4027 und 4028 stellte einen potenziellen **Vektor** zwischen den Stationen dar. Die mangelhafte Dokumentation von Keimbefunden und die Praxis, nur bei auffälligen, d.h. infizierten Patienten Abstriche zu machen, verstärkten die relative Unauffälligkeit des Keims.

2009 und 2011 kam, wie auch bei den Klebsiellen-Infektionen 2005, erst durch Todesfälle mit eindeutigem Zusammenhang mit bakterieller Sepsis jeweils eine Reaktion in Gang. Das Ausbruchsmanagement war aber jedes Mal **nicht gründlich und entschlossen genug**, um den Keim in allen Rückzugsgebieten zu vernichten, befallene Patienten wirksam zu isolieren und somit den Ausbruch zu beenden.

Die Befunde der UKSH deuten darauf hin, dass sich der Erreger in seiner Evolution den Bedingungen der Station angepasst hat. Die Verbindung von halbherziger Reinigung und offenen Übertragungswegen durch das schlechte Betreuungsverhältnis hat diese **Evolution** begünstigt.

Ursächliche Faktoren für den Keimausbruch

Die genauen Übertragungswege sind sehr wahrscheinlich nicht mehr rekonstruierbar. Aus den bisherigen Ausführungen ergibt sich, dass mehrere Möglichkeiten gab sowohl für das Überleben des Keims auf der Station oder auf den betroffenen Stationen, als auch für die Übertragung zwischen den Patienten (auch im Einzelfall vermittelt durch Mehrfachkontaktflächen).

Direkt ursächlich für den Keimausbruch waren die personelle Unterausstattung, die mangelhafte Reinigung sowie das unzureichende Hygiene- und Ausbruchsmanagement. **Personalmangel und Reinigungsmängel** haben die Übertragungen ermöglicht. Ineffektives und lange Zeit unterlassenes **Hygiene- und Ausbruchsmanagement** haben es versäumt, den Erreger zwischenzeitlich konsequent zu vernichten und Bedingungen zu schaffen, in denen Übertragungen unwahrscheinlich wurden. Der **Austausch von Personal** zwischen den betroffenen Stationen, auch eine Folge der unzureichenden Personalausstattung in der Pflege, hat die Rückzugsmöglichkeiten des Erregers erweitert.

Die Rolle der **Reinigung** ist vor allem darin zu sehen, dass mit den vorgegebenen Reinigungszeiten eine zwischenzeitliche Vernichtung des Erregers auf den unbelebten Flächen und damit auch eine Unterbrechung der Evolution des Erregers nicht gewährleistet werden konnte. Die Rolle des **Pflegepersonalmangels** war dagegen vor allem die, dass ein zuverlässiger Patientenschutz vor Übertragungen dadurch nicht gewährleistet werden konnte.

Der **direkte Vergleich** zwischen den betroffenen Stationen zeigt, dass die Station 4027, wo es hauptsächlich zu den Übertragungen kam, sowohl bei der personellen Ausstattung in der Pflege als auch bei der Reinigung schlechter gestellt war, als die Station 4028.

Nichtursächliche Faktoren

Einige der Risikofaktoren, die in den Anhörungen öfter genannt wurden oder in den Akten deutlich wurden, trafen auf die Station 4027 **nicht** zu. So gab es **fest zugeordnete Reinigungskräfte**, allerdings ohne Einbindung in das Team der Station. Die Touren sind auch im Dienstplan abgezeichnet. Ob es allerdings eine sinnvolle Dienstplanung war, dass an Samstagen erst die WCs im 2. Stock und dann anschließend die Intensiv 4027 in einer Schicht gereinigt wurden, sei dahingestellt.[355]

Die Stationen 4027 und 4028 waren auch **nicht** betroffen von **Vakanzhaltungen** beim Pflegepersonal. Ausscheidende MitarbeiterInnen wurden auf beiden Stationen im direkten Anschluss ersetzt.[356] Vakanzhaltung war in diesem Fall nicht das Problem, sondern die generelle Unterausstattung oder „geplante Unterbesetzung“.

Aus den Anhörungen und den Akten haben sich **keine** Hinweise ergeben, dass das Ausbruchsgeschehen vor dem 7.9.2011 in dem Umfang, wie es sich später zeigte, von den Verantwortlichen wahrgenommen und nicht verfolgt worden wäre. Es gibt keine Belege dafür, dass die Geschäftsführungen des KBM oder der GeNo vor dem Zeitpunkt, zu dem das Gesundheitsamt informiert wurde, **Kenntnis** gehabt hätten. Es gab vielfältige Warnhinweise auf die Risiken, die sich aus der personellen Unterausstattung oder dem verschärften Zeitdruck in der Reinigung ergeben haben, aber keine Informationen über das Auftreten des Erregers.

Ursachen des erneuten Ausbruchs im Februar 2012

Auch nach der Wiedereröffnung standen grundsätzlich dieselben Übertragungswege offen, wie zuvor.Ein Bekämpfen der ursächlichen Faktoren ist auch nach der Wiedereröffnung nicht hinreichend gelungen. Die personelle Ausstattung war durch die Reduzierung der Bettenzahl zwar besser. Nach Wiederauftreten des Keims konnte die Klinik aber nicht genug Personal zusetzen, um eine konsequente Isolierung zu gewährleisten, so dass wiederum zu ungünstige Betreuungsrelationen entstanden. An der Reinigung wurde nichts verändert. Die Herabsetzung der Häufigkeit des regelmäßigen Patientenscreenings war eine ungünstige Entscheidung. Der Personalaustausch zwischen den Stationen 4028 und 4027 wurde eingeschränkt, fand aber doch wieder statt.[357]

Ähnlich wie 2009 und im September 2011 konnte durch eine erhöhte Aufmerksamkeit bei den Hygienemaßnahmen zeitweise die Situation verbessert werden, im Krisenfall schlugen aber die grundsätzlichen Mängel wieder durch.

---

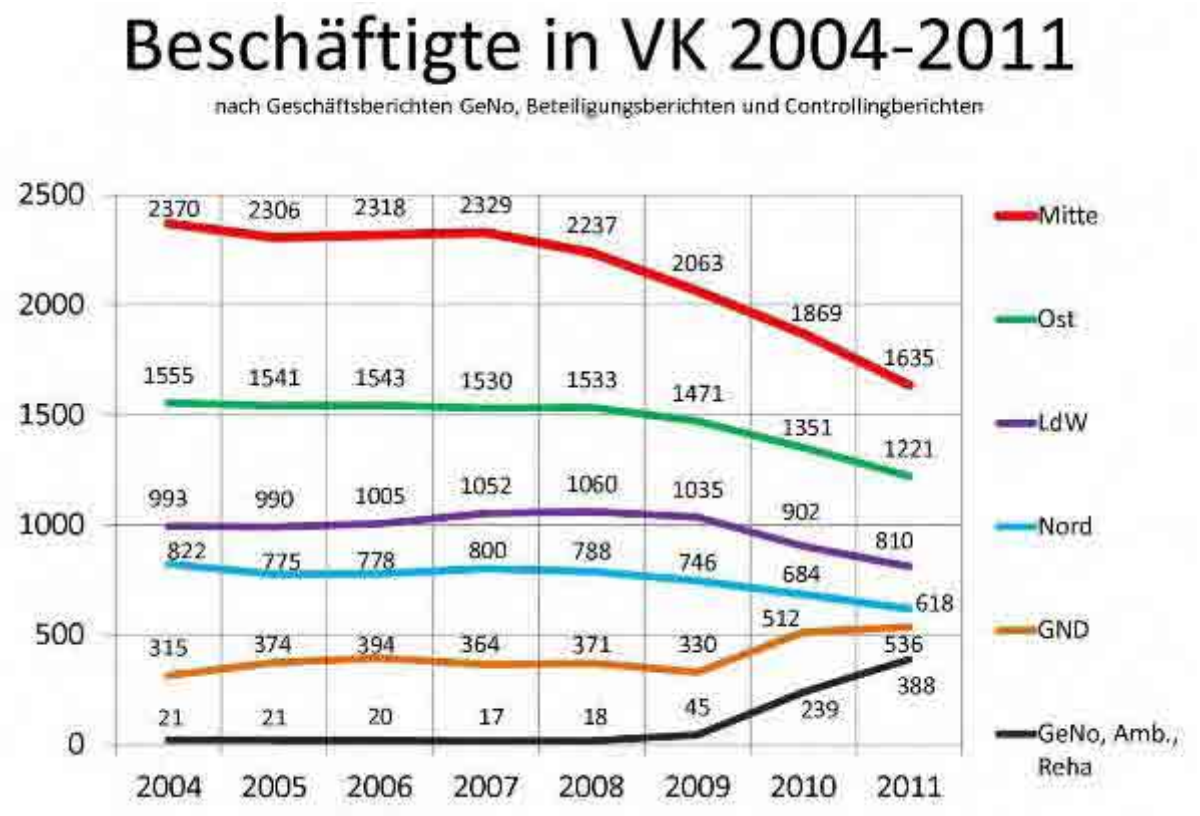
[355] Dienstpläne des Reinigungspersonals, Band 23
[356] Dienstpläne Pflegepersonal, Band 57
[357] Körner, Protokoll der öffentlichen Anhörung 9-1029

IV. Indirekte Ursachen des Keimausbruchs

1. Finanzielle Unterausstattung des Klinikverbunds

Sowohl die personelle Unterausstattung in der Pflege als auch die Auslagerung und die Qualitätsverschlechterung des Reinigungsdienstes **gehen zurück auf den sogenannten Sanierungskurs der GeNo. Dieser bestand vor allem in einem massiven Personalabbau um 940 Vollkräfte,** von dem das KBM am stärksten betroffen war. **Beschlossen wurde dieser Personalabbau vom Senat am 24.06.2008** mit dem Beschluss „Wirtschaftliche Sanierung der Kliniken und Struktur des kommunalen Klinikverbunds“, erarbeitet von der Abteilung Beteiligungsmanagement des Gesundheitsressorts. Beigefügt war der Senatsvorlage als Anlage 1 ein **„Sanierungskonzept der Gesundheit Nord gGmbH“**, das vom GeNo-Geschäftsführer Diethelm Hansen erarbeitet worden war. [358] Zu einem etwas späteren Zeitpunkt wurde die Zielvorgabe für den Personalabbau von 940 VK auf 860 VK reduziert. Zu Ende 2011 geht der Personalabbau über beide Zahlen hinaus.

1.1. Personalabbau



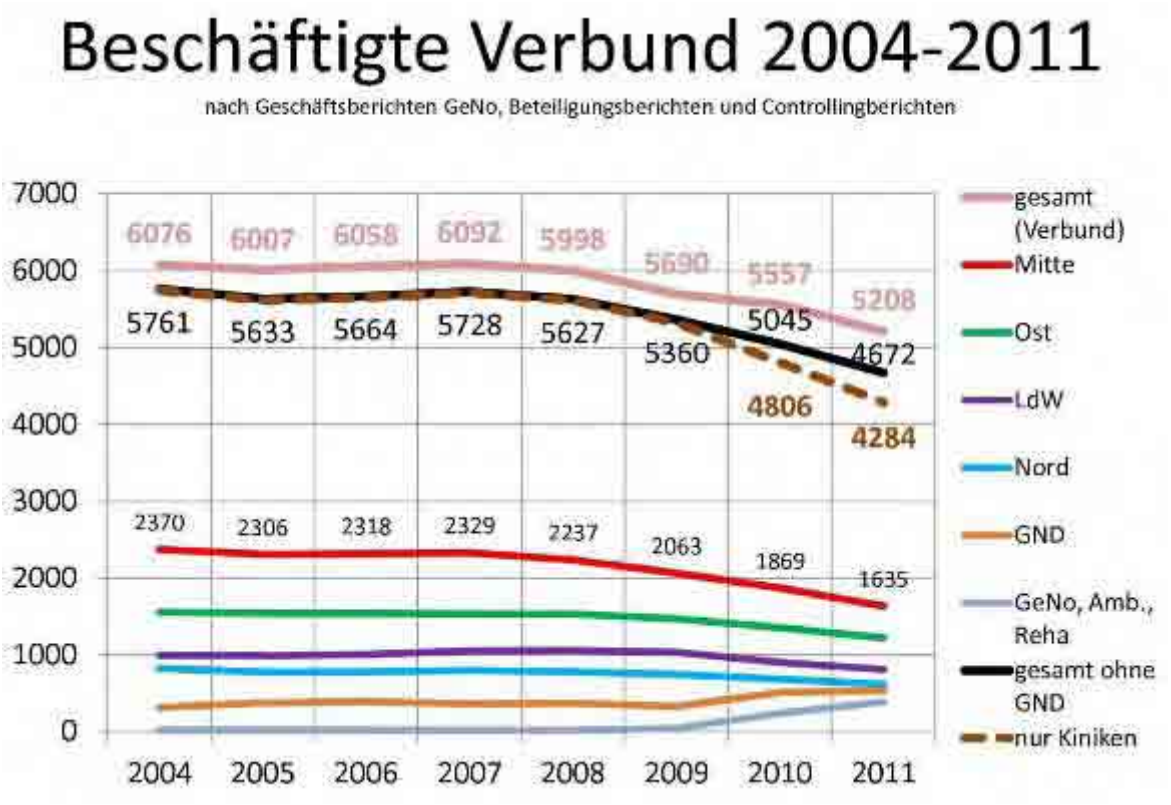
[359]

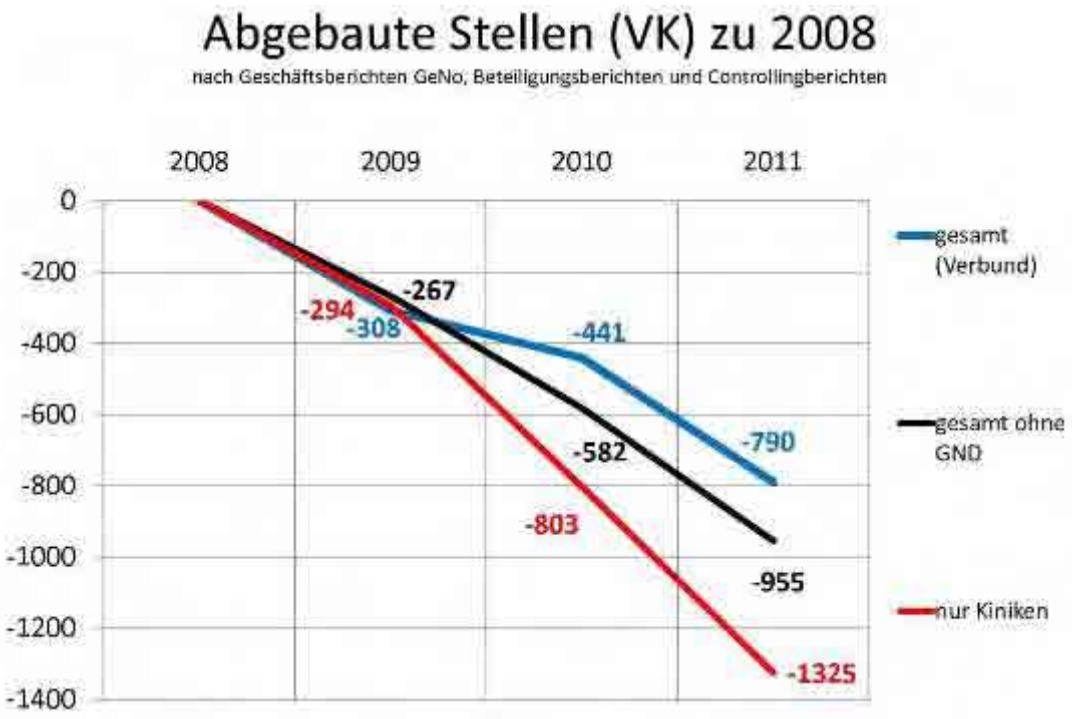
Die Grafik zeigt deutlich, dass am KBM im Zeitraum 2008 bis 2011 mehr als ein Viertel des Personals abgebaut worden ist, an den anderen Häusern etwa 20 Prozent. Ein Teil des

[358] Band 147, S. 23 ff.

[359] Diese und folgende 3 Seiten: Eigene Grafiken. Daten aus: Geschäftsberichte GeNo http://www.gesundheitnord.de/gesundheitnord/gesundheitnord-ueber-uns/geno-geschaeftsberichte.html , Controllingberichte GeNo, Beteiligungsberichte FHB

Abbaus an den einzelnen Kliniken geht auf die Verlagerung von Personal in die Servicegesellschaft GND und in die Holding selbst sowie auf die Auslagerung von Ambulanz und Reha-Zentrum zurück. Die aggregierten Daten machen aber klar, dass unterm Strich auch der Verbund insgesamt massiv Personal abgebaut hat.





Im PUA gab es die unterschiedlichsten Auskünfte auf die Frage, wie viel Personal denn nun seit 2008 wirklich abgebaut wurde.

„Bis zum 31. Dezember 2011 sind ca. 650 Vollkräfte abgebaut worden.“[360]

„Insofern war die Frage, ob jetzt --. 400, 500 VK waren schon abgebaut [bei Vorlage der KMPG-Zahlen 2010], was jetzt dadurch zusätzlich oder was eigentlich schon abgebaut war, war nie so trennscharf, also aus meiner Perspektive – ich habe die Diskussion im Aufsichtsrat zu diesem Zeitpunkt nicht verfolgt – war das nicht deutlich zu erkennen.“[361]

„Ich kann Ihnen nur relativ grobe VK-Zahlen nennen. Seit dem Jahr 2008 sind nach meinem Kenntnisstand ungefähr 800 Vollkräfte im Konzern abgebaut worden.“[362]

„Wir sind jetzt bei circa 580 Stellen, die real in den letzten Jahren abgebaut wurden.“[363]

„Wir haben in der entsprechenden Zwischenbilanz, die wir heute vorgetragen haben, natürlich auch die Abbauerfolge, die Herr Dr. Hansen erzielt hat, genannt. Das sind immerhin (…) über 600 VK (…) die abgebaut worden sind.“[364]

„Es gibt nur für den Wirtschaftsausschuss und für den Aufsichtsrat verlässliche Zahlen, und zwar zusammengefasst über alle Bereiche, aber nicht detailliert nach Stationen und Abteilungen. Sie liegen jedenfalls dem Betriebsrat nicht vor, und trotz mehrfacher Aufforderung, schon vor vielen Monaten, können sie uns angeblich nicht vorgelegt werden. (…) ich habe vor Kurzem gehört – und ich gehe davon aus, dass es seriös war -, dass bis zum jetzigen Zeitpunkt 595 von 860 Vollkräften, die bis zum Jahr 2015 abgebaut werden sollen, abgebaut worden sind.“[365]

„Abg. Bernhard: Ich habe jetzt schon mehrmals nachgefragt, wie viel abgebaut worden ist.“
Zeuge Schulte-Sasse: Weniger!“[366]

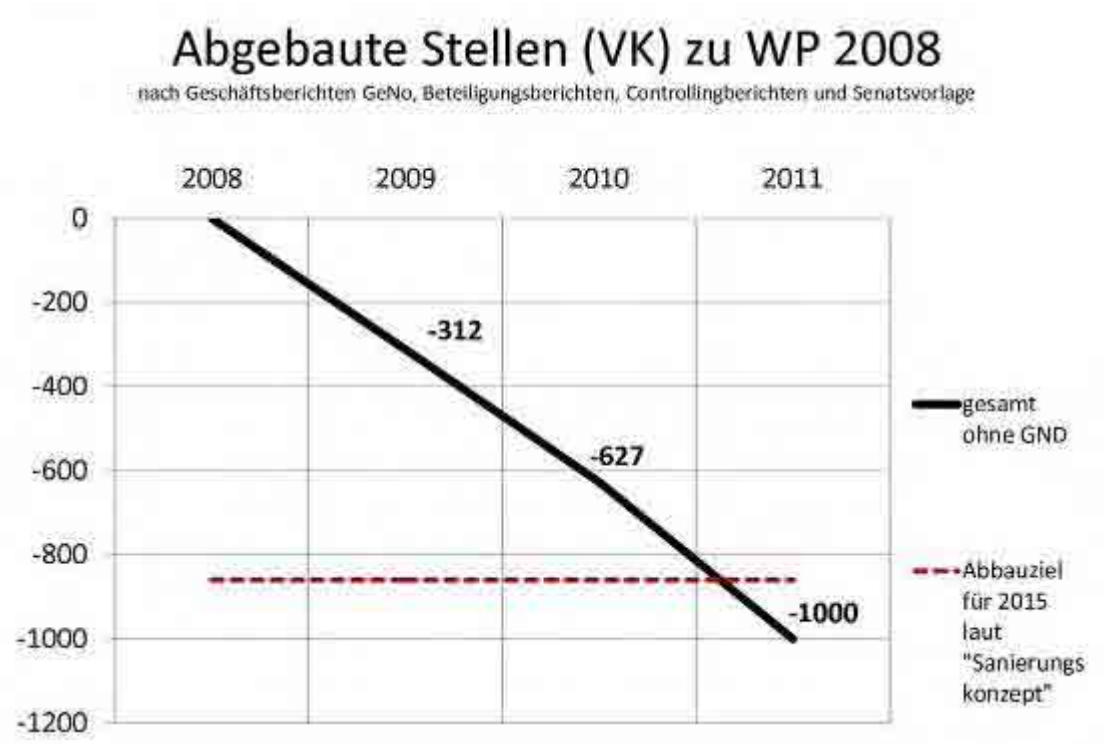
„Abg. Bernhard: Wissen Sie noch, wie viele Stellen im Jahr 2011 abgebaut wurden? (…) Wie weit ist man denn bis Mitte letzten Jahres gekommen? Gab es da eine regelmäßige Auswertung und Feststellung, auch im Aufsichtsrat?
Zeugin Rosenkötter: Ich kann Ihnen die Zahlen nicht nennen. Wir haben ja ein Controllingsystem.“[367]

Dies ist bereits ein bemerkenswerter Befund. **Ein Senatsbeschluss, der tiefgreifende Auswirkungen auf das größte kommunale Unternehmen und auf die Gesundheitsversorgung für die ganze Bevölkerung hatte, ist offensichtlich niemals kontinuierlich überprüft und ausgewertet, geschweige denn auf die damit verbundenen Risiken hin analysiert worden.** Für alle beteiligten Entscheidungsträger war immer nur klar, dass es angeblich immer noch nicht reicht, dass so schnell und viel abgebaut werden muss wie nur irgend möglich.

---

[360] Hansen, Protokoll der öffentlichen Anhörung 10-1099
[361] Gottwald, Protokoll der öffentlichen Anhörung 17-2409
[362] Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Anhörung 18-2463
[363] Schuster, Protokoll der öffentlichen Anhörung 22-3139
[364] Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Anhörung 31-4603
[365] Hollnagel, Protokoll der öffentlichen Anhörung 18-2535 bzw. 18-2599
[366] Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung 19-2710
[367] Rosenkötter, Protokoll der öffentlichen Anhörung 20-2815

Tatsächlich wurde seit 2008 Personal im Umfang von 955 Vollkräften abgebaut. Der entscheidende Wert ist dabei die Personalzahl für den Verbund ohne die Servicegesellschaft GND. Gegenüber dem Wirtschaftsplan der GeNo 2008, auf den sich die Zielzahl von 940 abzubauenden VK in der Senatsvorlage 2008 bezog, **wurden bis Ende 2011 sogar 1.000 VK abgebaut.** Sowohl die ursprüngliche Zielzahl von 940 VK als auch die revidierte Zielzahl von 860 VK sind inzwischen also weit übertroffen worden, während alle beteiligten Entscheidungsträger von einem Personalabbau ausgehen, der irgendwo zwischen 400 und 800 VK liegt bzw. dessen Stand einem überhaupt nicht bekannt ist.



1.2. Fehlsteuerung durch vermeintlichen „Bundesdurchschnitt“

Der Personalabbau wurde legitimiert mit dem angeblichen Personalüberhang der GeNo im Verhältnis zum Bundesdurchschnitt aller Krankenhäuser. In der Anlage zur Senatsvorlage vom 24.06.2008 ist diese Berechnung aufgeführt, die von der Geschäftsführung der GeNo vorgenommen worden war. Sie beruht auf den bundesweiten Grunddaten der Krankenhäuser, die vom Statistischen Bundesamt veröffentlicht werden.

Senatsvorlage 2008: Falsche Berechnungsgrundlage „Fallzahl“

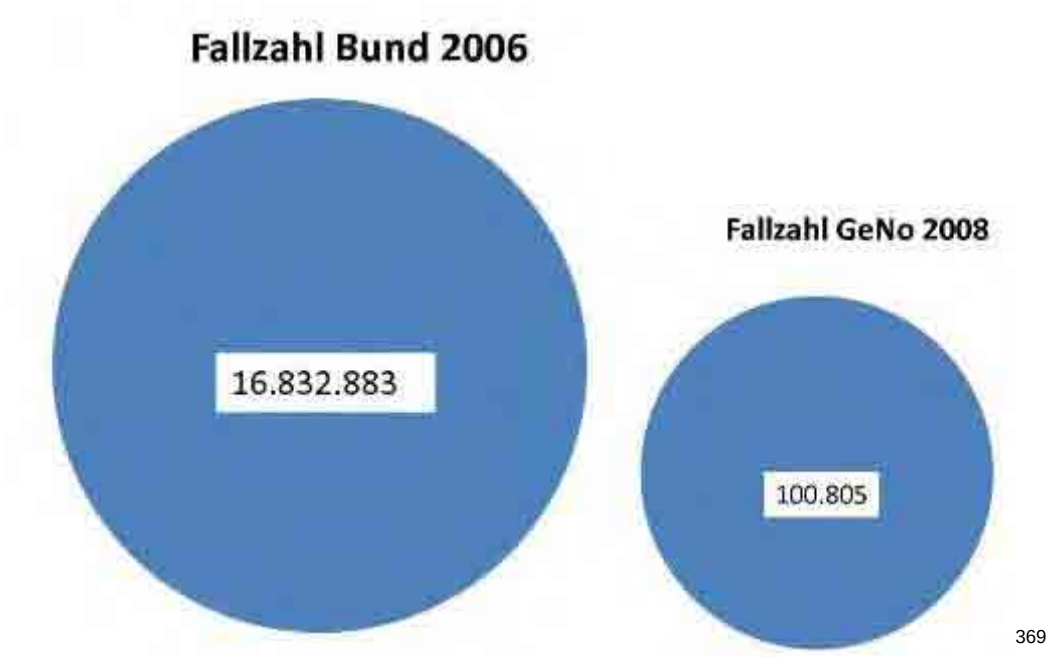
Die Anlage „Sanierungskonzept“ stellt den Personalzahlen im Wirtschaftsplan der GeNo für 2008 (linke Spalte) die Personalzahlen bei einer „bundesdurchschnittlichen“ Besetzung gegenüber (mittlere Spalte) und ermittelt daraus die Zielzahlen für den Personalabbau (rechte Spalte).

	Anzahl VK GeNo 2008 (Wirts.Plan)	Anzahl VK entsprechend Bundes-durchschnitt 2006	Differenz
Pflegekräfte	2.192	1.789	- 403
ÄrztInnen	928	735	- 193
Funktionsdienst	654	508	- 146
Medizinisch-technischer Dienst	841	739	- 102
Sonstige Dienste	1.057	961	- 96
gesamt	**5.672**	**4.733**	**- 939**

[368]

Diesen Zahlen lag folgende Logik zugrunde:

Die Summe aller Krankenhäuser im Bund (Bezugsjahr 2006) hat eine 167-mal höhere Fallzahl (Anzahl von Behandlungsfällen) als die GeNo-Häuser.



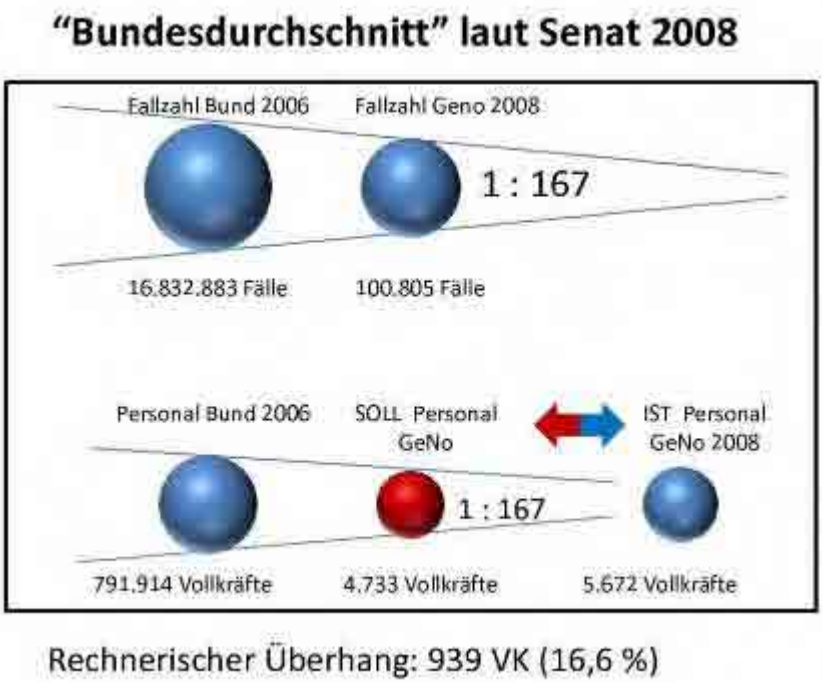
[369]

Also muss, so die Logik der Senatsvorlage, auch die Personalzahl in den einzelnen Dienstarten (nach Vollkräften) 167-mal kleiner sein, als die bundesweite Summe der Personalzahlen aller Krankenhäuser.

---

[368] Sanierungskonzept der Gesundheit Nord, Anlage 1 zur Senatsvorlage „Wirtschaftliche Saneirung der Kliniken und Struktur des kommunalen Klinikverbunds“, Sitzung am 24.06.2008, Band 147, S. 39. Eigene Grafik.

[369] Eigene Grafik, Daten: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2006; GeNo: Band 181, S. 85



[370]

In den Daten zur bundesweiten Krankenhausstatistik werden für die verschiedenen Dienstarten **sogenannte „Personalbelastungszahlen“ ausgewiesen**. Sie drücken aus, wie viele Fälle eine Vollzeit-Kraft im Jahr zu versorgen hat.

	Personalbelastungszahlen (Fallzahl pro VK)			
	ÄD	PD	MTD	gesamt
2006	136	56	137	21
2007	136	58	139	22
2008	137	58	140	22
2009	136	59	139	22
2010	134	59	138	22
Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser (jährlich)				

Wenn man die Fallzahl der GeNo-Häuser im Jahr 2008, die von Hansen mit 100.805 angegeben wird, durch die Personalbelastungszahlen teilt, erhält man – so die Logik der Senatsvorlage – Richtwerte, wie viele Pflegekräfte, ÄrztInnen etc. die GeNo beschäftigen müsste, wenn sie sich am bundesweiten Durchschnitt aller Krankenhäuser orientiert. **Entsprechend behauptet die Senatsvorlage, an den GeNo-Häusern herrsche ein „Personalüberhang“ von 17 %.**

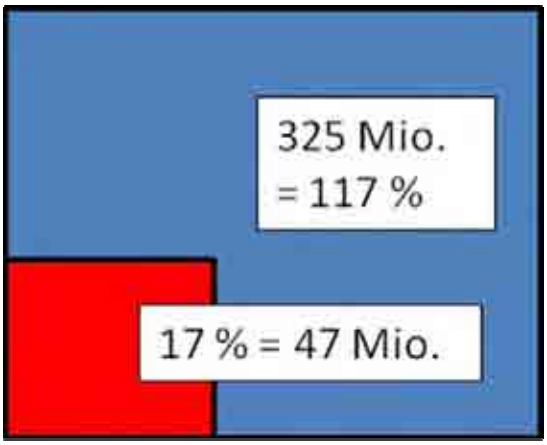
> „Wesentliche Ursache für die kontinuierlich steigenden Defizite sind nach der Analyse der Holding-Geschäftsführung die deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegenden Personalkosten. So lag der Anteil der Personalkosten an den Gesamtkosten bei 73,9 % (Bundesdurchschnittliche Personalkostenquote 62,3 %). Vergleichszahlen zur Personaldichte (Zahl der Vollkräfte) zeigen eine zum Bundesdurchschnitt um 17 % höhere Anzahl beschäftigter Vollkräfte.“[371]

[370] Eigene Grafik, Daten: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser; Band 181 S. 85, Band 47 S. 39

[371] Senatsvorlage „Wirtschaftliche Sanierung der Kliniken“ vom 24.06.2008, Band 147, S. 24

Steuerung anhand von Fallzahlen ist Fehlsteuerung

Diese Art der Berechnung ist jedoch falsch. Eine einfache Plausibilitätsrechnung zeigt bereits, dass hier etwas nicht stimmen kann. Wenn die Personalkosten der GeNo 325 Mio. Euro jährlich betragen und ein Personalüberhang von 17 Prozent vorliegt (325 Mio. = 117 %), dann müsste das jährliche Defizit ca. 47 Mio. Euro betragen und nicht, wie in der Projektion angegeben, 9 Mio. Euro in 2008 und in den Folgejahren 10 bis 15 Mio. Euro.



[372]

In den nackten Fallzahlen bilden sich nämlich die Erlössituation und die Personalbelastung eines Krankenhauses nicht hinreichend ab. Sowohl die Einnahmen als auch die Belastung des Personals hängen nicht von der Anzahl der Fälle ab, sondern von der Schwere der Fälle. Die Senatsvorlage entspricht dem Versuch, die Erlösentwicklung und den Personalbedarf eines Friseurladens anhand der reinen Kundenzahl abzuschätzen – ungeachtet der Tatsache, dass es teure und zeitaufwändige Frisuren gibt ebenso wie billigere und schnellere Frisuren, dass mit Färben mehr kostet (und ebenfalls aufwändiger ist) als ohne Färben usw.

Genau aus diesem Grund war seinerzeit für die Krankenhäuser die Kostenkalkulation nach DRGs eingeführt worden, nach „Diagnosis Related Groups“. Jedem konkreten Fall wird dabei eine Gewichtung zugemessen, die ausdrückt, wie aufwändig – und daher auch höher entgolten – die Behandlung ist. Die bundesweite statistische Durchschnittsbehandlung im soll dem Wert 1 entsprechen, aufwändigere Behandlungen haben Werte höher als 1, einfachere Behandlungen Werte niedriger als 1. Diese Zahl ist das Bewertungsgewicht. Die Summe aller derart nach Schwere gewichteten Fälle bildet die tatsächliche Leistung des Krankenhauses ab und ist Grundlage des Entgelts. Das DRG-System legt in Entgeltkatalogen für einzelne Behandlungen keinen Preis in Euro fest, sondern das Bewertungsgewicht, das dann mit einem jährlich neu festgesetzten Basispreis multipliziert wird.

Von Jahr zu Jahr müssen dann nicht alle einzelnen Behandlungspreise zwischen den Kassen und den Krankenhäusern neu ausgehandelt werden, sondern es wird nur der Basispreis angehoben entsprechend der allgemeinen Kostenentwicklung. Es werden auch die Bewertungsgewichte einzelner DRGs angepasst, wenn sich dies als erforderlich gezeigt hat, aber eben nicht alle.

Der Basispreis wird jährlich neu festgelegt („einheitlicher Basisfallwert“). Auf Länderebene wird zwischen Kassen und Krankenhäusern der jeweilige „Landesbasisfallwert“ festgesetzt,

[372] Eigene Grafik

der in einem festgelegten Korridor um den bundesweiten „einheitlichen Basisfallwert“ schwanken darf. Auf diese Weise können unterschiedliche Rahmenstrukturen der verschiedenen Bundesländer (z.B. regionale Preisniveaus) berücksichtigt werden.

Wie DRGs funktionieren

[373]

Entscheidend ist: **Planung und Steuerung von Krankenhäusern kann sich nicht nach Fallzahlen richten, sondern muss sich nach den gewichteten Fallzahlen richten, dem „Case Mix“. Sonst sind schwere Fehlsteuerungen die Folge.** In der Klinik für Neonatologie des KBM beispielsweise betrug die durchschnittliche Fallschwere (der „Case Mix Index“ = CMI) in den Jahren 2009-2011 nicht 1, sondern 14, d.h. die Behandlungen waren im Schnitt 14mal so aufwändig (und höher entgolten) wie die statistische Durchschnittsbehandlung aller Patienten an allen Krankenhäusern. [374] Mit der Herangehensweise der Senatsvorlage würde man behaupten, dass ein Krankenhaus, das nur aus einer solchen Frühgeborenen-Behandlung besteht und auch entsprechend mit Personal ausgestattet ist, einen „Personalüberhang“ von 1300 Prozent hätte, was natürlich Unsinn ist.

---

[373] So würden Haarschnitte kalkuliert, wenn sie eine Krankenhausleistung wären. Eigene Grafik, Fotos: Wikicommons, Elvis Presley: Oliver Atkins; Lauren Bacall: Yank Army Weekly

[374] Geschäftsführung GeNo: Zwischenbilanz für die Staatsräterunde, 31.01.2012, 2 b Wirtschaftliche Ergebnisse Eltern-Kind-Zentrum, CM und Fallzahlen Frühgeborene <1.500 g 2009-2011, Band 187, S. 340. Ein sehr kleines Frühgeborenes kann eine Fallschwere = Case Mix von über 30 haben, siehe InEK, D-DRG-Browser 2010, http://www.g-drg.de/cms/Datenveroeffentlichung_gem._21_KHEntgG

Realistische Berechnung anhand des Case Mix

Die GeNo-Häuser haben eine durchschnittliche Fallschwere, die über dem Bundesdurchschnitt liegt. Die GeNo-Kliniken haben gewissermaßen mehr Dauerwellen und Färben, als im Bundesdurchschnitt. Dafür brauchen sie mehr Personal und dafür werden sie auch höher entgolten.

> „Das Krankenhauserlösbudget wird im G-DRG-System (vereinfacht dargestellt) berechnet, indem der vereinbarte Case-Mix-Index mit der vereinbarten Fallzahl und dem jeweils gültigen Basisfallwert multipliziert wird.“[375]

	Fallzahlen, Case Mix und CMI an deutschen Krankenhäusern und in der GeNo						
	Fallzahl vollstationär [376]	Fallzahl vollstationär DRG[377]	Case Mix	Case Mix Index (CMI)[378]	CMI GeNo	Diffe-renz CMI	Höher-belastung GeNo
2006	16.832.883	16.230.407	16.528.236	1,02	1,11	0,09	9 %
2007	17.178.573	16.600.472	17.148.731	1,03	1,07	0,04	3 %
2008	17.519.579	16.924.180	17.683.593	1,04	1,09	0,05	4 %
2009	17.817.180	17.191.063	18.084.944	1,05	1,08	0,06	4 %
2010	18.032.903	17.434.400	18.559.432	1,06	1,11	0,05	5 %
2011	18.342.989	17.708.910	19.064.722	1,08	1,13	0,05	5 %
	Eigene Zusammentstellung; Quellen: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser (jährlich);Geschäftsberichte GeNo; Johannes Wolf (GKV): Wann platzt die Mengenblase? Vortrag auf dem DRG-Forum 2012, https://www.bibliomed.de/c/document_library/get_file?uuid=035afe5b-45f6-48f7-a4c7-541a1d95e625&groupId=232125; InEK: G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17 b Abs. 8 KHG, Endbericht des zweiten Forschungszyklus (2006 bis 2008), Juni 2011, http://www.g-drg.de/cms/Begleitforschung_gem._17b_Abs._8_KHG; AOK: Basisdaten – Zahlen und Fakten 2012.						

Wäre die Tabelle im „Sanierungskonzept“ nicht auf Grundlage des unsinnigen Steuerungswerts „Fallzahl“, sondern des sinnvolleren Steuerungswerts „Fallschwere“ (Case Mix) berechnet worden, **hätte sich bereits dadurch ein rechnerischer „Personalüberhang“ ergeben, der nur gut ein Drittel so groß ist:**

---

[375] InEK: G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17 b Abs. 8 KHG, Endbericht des zweiten Forschungszyklus (2006 bis 2008), Juni 2011, S. 20, http://www.g-drg.de/cms/Begleitforschung_gem._17b_Abs._8_KHG. „G-DRG“ steht für „German DRG“.

[376] Zählung nach den vom Statistischen Bundesamt jährlich veröffentlichten „Grunddaten der Krankenhäuser“.

[377] Zählung nach der ebenfalls vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten „Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik“. Bei der Differenz von ca. 600.000 Fällen jährlich handelt es handelt es sich hauptsächlich um einen Teil der psychiatrisch behandelten Patienten, in kleinerem Umfang um die sogenannten „ Besonderen Einrichtungen“, zu denen u.a. Palliativstationen und Behandlungen bei MS zählen können, siehe http://g-drg.de/cms/G-DRG-System_2012/Besondere_Einrichtungen. Die Fallzahl im DRG-System ist um diese Fälle kleiner als die Fallzahl in der allgemeinen Krankenhausstatistik. Da dieser Effekt auch in der GeNo auftritt (der Anteil psychiatrischer Behandlungen entspricht etwa dem bundesweiten Anteil), muss er nicht gesondert berücksichtigt werden.

[378] Rechnerisch ermittelt aus CaseMix durch Fallzahlen (fallpauschalenbezogen). Der Endbericht der InEK-Begleitforschung, S. 194, gibt für 2006-2008 als CMI-Werte an: 1,03 – 1,04 – 1,05, die Fallzahlenbezogene Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes für 2010 gibt als CMI-Wert an: 1,08. Differenzen ergeben sich durch schwankende Jahreszuordnung von Fällen, durch nachträgliche Feststellung der tatsächlichen Case-Mix-Zahl etc.

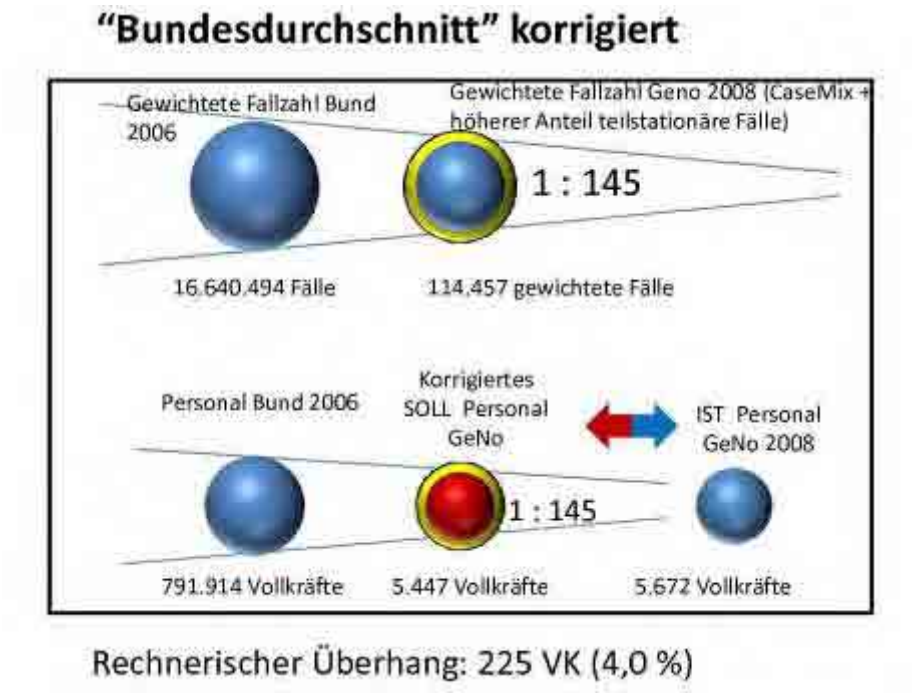
	Berechnung nach Fallzahl					**Berechnung nach Case Mix**				
Bund 2006	16.832.883					16.528.236				
GeNo 2008	100.805					110.911				
Faktor	166,98					149,02				
Personal	ges.	ÄD	PD	MTD	FD	ges.	ÄD	PD	MTD	FD
Bund 2006	791.914	123.715	299.328	122.620	84.964	79.1.914	123.715	299.328	122.620	84.964
GeNo WP 08	5.672	928	2.192	841	654	5.672	928	2.192	841	654
GeNo „wie Bund“	4.743	741	1.793	734	509	5.314	830	2.009	823	570
Differenz WP/ Bu‘ Durchs.	929	187	399	107	145	**358**	**98**	**183**	**18**	**84**

Ebenfalls hätte die Tatsache berücksichtigt werden müssen, dass die GeNo-Häuser eine **höhere Anzahl von teilstationären Behandlungen** haben, als es dem Bundesdurchschnitt entspricht. Teilstationäre Behandlungen sind solche, bei denen der Patient maximal einen Tag und eine Nacht im Krankenhaus verbringt – also mehr als ambulant, aber weniger als vollstationär. Teilstationäre Behandlungen sind nicht Teil des DRG-Systems, ihre Abrechnung wird direkt zwischen den einzelnen Krankenhäusern und den Kassen verhandelt. Sie sind nicht enthalten in den Fallzahlen, die in der bundesweiten Krankenhaus-Statistik wiedergegeben sind.

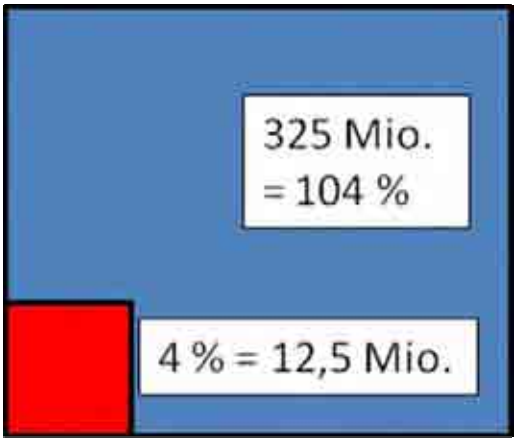
In den GeNo-Häusern kommen auf 100 vollstationäre Fälle 19,5 teilstationäre Fälle (2008), bundesweit nur 3,7 (2006). Auch teilstationäre Fälle brauchen zusätzliches Personal und werden zusätzlich entgolten. Da die durchschnittliche Verweildauer eines vollstationären Patienten in den GeNo-Häusern 5,5 Tage beträgt, lässt sich im Sinne einer Abschätzung sagen, dass ein zusätzlicher teilstationärer Patient etwa 0,18 vollstationären Patienten entspricht. Ein Vergleich, der vom Case Mix ausgeht und auch die höhere Anzahl teilstationärer Fälle in der GeNo berücksichtigt, bildet das Verhältnis zum Bundesdurchschnitt relativ realistisch ab.

	Nach Fallzahl					**Nach Case Mix und Einbeziehung der teilstationären Fälle (teilstat. Fälle x 0,18)**				
Bund 2006	16.832.883					16.528.236 + (623.657 x 0,18) = 16.640.494				
GeNo 2008	100.805					110.911 + (19.702 x 0,18) = 114.457				
Faktor	166,98					145,39				
Personal	ges.	ÄD	PD	MTD	FD	ges.	ÄD	PD	MTD	FD
Bund 2006	791.914	123.715	299.328	122.620	84.964	79.1.914	123.715	299.328	122.620	84.964
GeNo WP 08	5.672	928	2.192	841	654	5.672	928	2.192	841	654
GeNo „wie Bund“	4.743	741	1.793	734	509	5.447	851	2.059	843	584
Differenz WP/ Bu‘ Durchs.	929	187	399	107	145	**225**	**77**	**133**	**-2**	**70**

Der rechnerische „Personalüberhang“, der sich daraus ergibt, beträgt 225 Vollkräfte bzw. 4 Prozent.



Bei Personalkosten von 325 Mio. Euro entspricht das 12 Mio. Euro. Dieser Befund stimmt dann auch überein mit dem empirisch festgestellten Finanzdefizit, das in der Senatsvorlage und im „Sanierungskonzept“ mit jährlich 11 Mio. Euro 2005-2009 beziffert wird.[379]



Der „Personalüberhang“ hätte damit im Wesentlichen dem entsprochen, was auch in der Senatsvorlage und im „Sanierungskonzept“ als Personalmehrbedarf durch die ungünstige Pavillonbauweise in Mitte eingeräumt wird. (Dieser Mehrbedarf ist in der Vorlage mit 100 bis 150 VK beziffert, was nicht weiter hergeleitet und in der Höhe nicht begründet ist.)

Dieser Mehrbedarf durch die Bauweise (die ja durch den Neubau überwunden werden soll) spielt zwar keine Rolle für den wirtschaftlichen Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. Es stellt jedoch eine reale Mehrbelastung dar. Die einfache Folge ist: Eine Personalausstattung in Höhe des Bundesdurchschnitts stellt für das KBM und insoweit auch für die GeNo bereits eine personelle Unterausstattung dar, solange nicht der Umbau in den Neubau vollzogen ist.

[379] Lt. Senatsvorlage kumuliertes Jahresdefizit 2005-2009 55 Mio. Euro, macht durchschnittlich 11 Mio. Euro Defizit jährlich, Band 147, S. 24 und S. 37

Dieser Aspekt ist vom Senat, der GeNo- und KBM-Leitung und den Aufsichtsräten später in keiner Weise berücksichtigt worden.

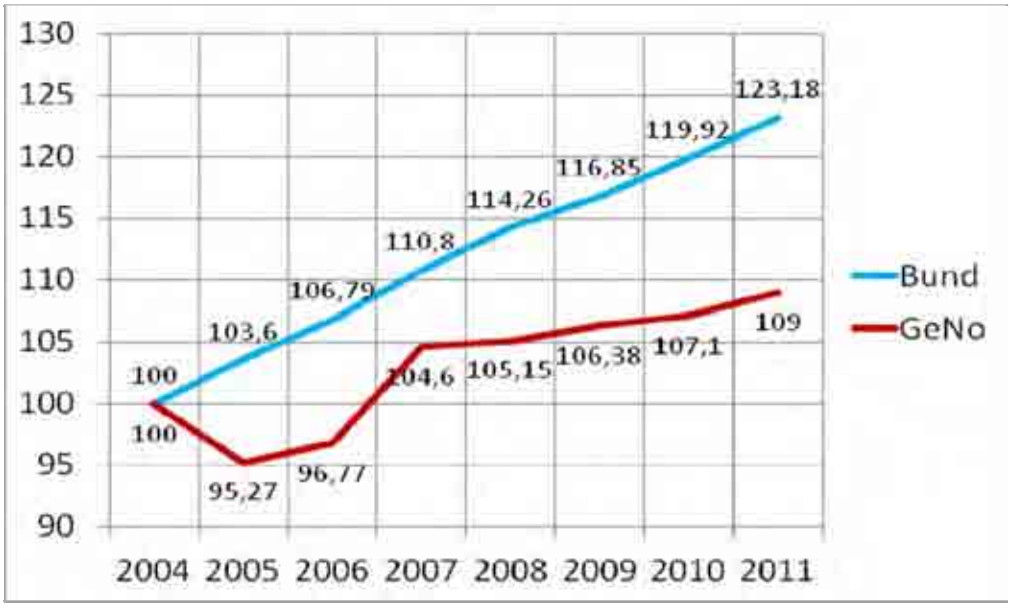
Der angebliche Personalüberhang in der Senatsvorlage war massiv überzeichnet. Der Senat hat seinen tiefgreifenden Beschluss – der immerhin den größten öffentlichen Arbeitgeber und nahezu die gesamte Stadtbevölkerung in ihrer Eigenschaft als Patienten fundamental betroffen hat – auf der Grundlage eines falsch gewählten Leitwerts und einer nicht nachvollziehbaren und unterm Strich schlicht falschen Berechnung getroffen. Die Gleichgültigkeit gegenüber den Fakten kommt auch darin zum Ausdruck, dass eine Überprüfung oder Aktualisierung dieser Berechnung „Bundesdurchschnitt“ niemals mehr stattgefunden hat, weder durch die GeNo noch durch den Senat. Die Folge war eine grundsätzliche Fehlsteuerung der Entwicklung der kommunalen Kliniken, die sowohl hinsichtlich der medizinischen Qualität fahrlässig und gefährlich war, als auch in ihren ökonomischen Ergebnissen katastrophal.

Auf Wettbewerbssituation mit Leistungsverschlechterung reagiert

Korrekterweise muss darauf hingewiesen werden, dass die GeNo-Zahlen für 2008 sinnvollerweise nicht mit den Bundeszahlen für 2006, sondern mit denen für 2008 verglichen werden sollten. Der Vergleich fällt dann für die GeNo ungünstiger aus.

Dies liegt zum einen daran, dass sich die Personalbelastung auf Bundesebene seit 2006 weiter zum Ungünstigen entwickelt hat (siehe Abschnitt 1.3). Es liegt aber vor allem daran, dass der Case-Mix, also die nach Schwere gewichtete Anzahl der Patientenfälle, auf Bundesebene sehr viel stärker zugenommen hat als in der GeNo.

Indexierte Case-Mix-Entwicklung bundesweit (alle Krankenhäuser) und GeNo, 2004 = 100



380

[380] Diese und folgende Seite: Eigene Grafik, Daten: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser; Geschäftsberichte GeNo

Dies gilt auch, wenn man den eigentlichen „Sanierungszeitraum“ seit dem Senatsbeschluss und der Geschäftsführung Hansen betrachtet, also die Jahre seit 2008. **Der Bund hängt die GeNo bei der Case-Mix-Entwicklung (und damit auch bei der Erlösentwicklung) deutlich ab.**

Hierin wird das ganze Ausmaß der medizinischen und ökonomischen Fehlsteuerung des „Sanierungskonzepts“ deutlich. **Mit der Richtungsentscheidung 2008 haben Senat und GeNo auf eine zunehmende Wettbewerbssituation in der Krankenhausversorgung mit einer Leistungsverschlechterung reagiert. Stagnierende Fallzahlen und Case-Mix-Werte waren die Folge.**

Noch schlechter als die GeNo insgesamt schneidet dabei das KBM ab, wo sich der Case-Mix trotz Zentralisierung seit 2008 praktisch überhaupt nicht bewegt hat.

Indexierte Case-Mix-Entwicklung bundesweit (alle Krankenhäuser), GeNo und KBM 2008 = 100

Dies ist auch kein Wunder. Seit 2008 häuften sich, wie insbesondere die Überlastungsanzeigen belegen, **durch personelle Engpässe verursachte Leistungseinbußen und Leistungsverschlechterungen**.

So wurde vom 8.9. bis 13.9.2010 die Risikoschwangerenstation 5302 „wegen personeller Engpässe geschlossen“.[381] Die Notfallaufnahme war chronisch überlastet. In der Chirurgie konnten wiederholt Schmerzmittelgabe und Lagerung „nicht zeitnah“ erfolgen.[382] In der Stroke Unit konnten „Anreichen von Nahrung sowie regelmäßige Lagerungen nicht durchgeführt“ werden.[383] In der Chirurgie wurden zeitweise nachts über 30 Patienten von 1 Pflegekraft betreut, auch in Situationen wie „1 MRSA Zimmer, 2 ESBL Zimmer, 1 Pseudomonas Zimmer, 8 OPs (…), 1 Pat. dement (...)“.[384] Auch die Patientenbeschwerden handeln immer wieder von der völlig überlasteten Notaufnahme, von schlecht gereinigten

[381] Band 164, S. 204-208
[382] Band 163, S. 248, 250
[383] Band 163, S. 147
[384] Band 163, S. 328, 349

Patientenzimmern und von langen Wartezeiten. All dies ist nicht die Herangehensweise, wie man eine Wettbewerbssituation gewinnt oder ihr standhält.

Die GeNo und insbesondere das KBM hat den Wettbewerb auf dem Krankenhausmarkt auf der Leistungsseite verloren. Dies wurde einerseits hervorgerufen und andererseits überdeckt durch den geradezu dramatischen Personalabbau, mit dem eine positive Erlösbilanz erzwungen wurde, der jedoch jede Nachhaltigkeit fehlte. Das Problem wurde immer größer. Bei den auch vom GeNo-Geschäftsführer gegenüber dem Ausschuss betonten positiven Betriebsergebnissen der Jahre 2009-2011 handelte es sich um eine ‚Blase‘, die früher oder später platzen musste.

Der **Zusammenhang von Personalabbau und Erlöskrise** wurde immer wieder von Beschäftigtenvertretern vorgetragen und von den Leitungen geflissentlich ignoriert.

> „(…) wurden durch den rigiden Personalabbau im Pflegedienst 2008 Engpässe im Bereich OP und Anästhesie selbst organisiert. Dies führt jetzt zu Fallzahlrückgängen.“[385]

> „In einigen Bereichen wird deutlich, dass die Leistungen nicht mehr erbracht werden können und dadurch die Einnahmen sinken. Es stellt sich die Frage, ob es nicht sinnvoller ist in Personal zu investieren, als auf Leistungen zu verzichten.“[386]

Der Sachverhalt wurde auch permanent auf Geschäftsführungsebene konstatiert.

> „Monatsbericht Februar 2011. Case-Mix-Abfall (400 Punkte) im Februar: Neben methodischen Problemen (…) stehen vor allem innere Engpässe im Zentrum der Diskussion.“[387]

> „Die Erlöse liegen knapp unter Plan, Steigerungsmöglichkeiten werden jedoch durch die reduzierte Leistungsfähigkeit des OP-Bereichs aufgrund von Personalengpässen im ÄD Anästhesie eingeschränkt.“[388]

> „Auf der Erlösseite besteht ein akutes Problem, da das KBM ca. 200 CM-Punkte unter Plan liegt (Stand Juli), die aktuelle Belegung ist unterdurchschnittlich; personelle Engpässe bestehen vor allem im Intensiv- und OP-Bereich.“[389]

> „Problematisch ist die personelle Engpasssituation im OP-Bereich (FD), die jedoch mangels Ausfallstatistik vom SB Personal nicht quantifiziert werden kann.“[390]

> „Leistungssteigerung setzt Beseitigung der personellen Engpässe voraus.“[391]

> „Als Hauptproblem bei den Aktivitäten zur Verbesserung der wirtschaftlichen Situation sieht die GF die personellen Engpässe im Intensiv- und OP-Bereich (PD, ÄD). Folgende

---

[385] Monatsgespräche des KBR mit der Geschäftsführung GeNo, Juli 2009, TOP 11 Folien Sanierungskonzept Überarbeitung / Anpassung Personalzahlen, Band 184, S. 18

[386] Monatsgespräche, August 2011, TOP 8 Arbeitsfähigkeit der Bereiche durch nicht besetzte Stellen, Band 184, S. 163

[387] Protokolle der Jour Fixe der erweiterten Geschäftsführung KBM, Nr. 2, 28.03.2011, Band 205, Fach 2, S. 1

[388] Protokolle der Jour Fixe der erweiterten Geschäftsführung KBM, Nr. 59, 8.06.2011, Band 205, Fach 2, S. 10

[389] Protokolle der Jour Fixe der erweiterten Geschäftsführung KBM, Nr. 74, 22.08.2011, Band 205, Fach 2, S. 13

[390] Protokolle der Geschäftsführungssitzungen KBM, Nr. 291, 17.10.2011, Band 203, Fach 5, S. 56

[391] Protokolle der Geschäftsführungssitzungen KBM, Nr. 246, 22.08.2011, Band 203, Fach 5, S. 42. Unter der gleichen Nummer wird als Maßnahme zur Schließung der „Ergebnislücke“ aufgeführt: „Weitere Personalkostenreduzierung“.

Lösungsansätze werden diskutiert: Fremdvergabe von Anästhesieleistungen (…) an Praxis- oder Honorarärzte (…) die Vermittler von Fachpersonal können derzeit jedoch keine Honorarkräfte mehr anbieten.“[392]

„Als einen Grund für Kapazitätsengpässe thematisiert Frau Dr. Kuss den Mangel an OP-Pflegekräften. Frau Wendorff merkt diesbezüglich an, dass derzeit eine Überbesetzung im FD OP von 2 VK besteht. (…) Frau Dr. Kuss betont, dass dieses Thema ergebnisrelevant ist, da CÄ [Chefärzte] in den ZV-Gesprächen anzeigen, dass sie vereinbarte Leistungen aufgrund der Engpässe bei der OP-Kapazität nicht erbringen konnten bzw. können.“[393]

Versuche der Geschäftsführungen der einzelnen Häuser, hier gegenzusteuern, wurden von der Geschäftsführung der GeNo unterbunden:

„Herr Dr. Hansen (berichtet) über den Stand der derzeitigen Wirtschaftsplanungsgespräche mit den Klinika. Derzeit haben die Geschäftsführungen der Klinika in Summe 120 VK über der Vorgabe geplant. Dies ist nicht akzeptabel.“[394]

„Herr Dr. Hansen (informiert) anhand der Vorlage nebst der VK-Statistik April 2011 darüber, dass die in 2011 geplanten Personalkosten sich derzeit erheblich über den zur Erreichung der Jahresergebnisse beschlossenen VK-Planungen befinden. Es ist ein konstanter und wesentlich geringerer (als geplanter) VK-Abbau in den ersten Monaten des Jahres 2011 zu konstatieren. Diese Probleme betreffen die GeNo sowie die Klinika in unterschiedlicher Ausprägung. Um das Jahresergebnis und die Finanzierung des Kapitaldienstes sowie die weitere wirtschaftliche Konsolidierung des Klinikverbundes nicht zu gefährden, müssen entsprechend Maßnahmen erfolgen. Infolgedessen beschließt die Geschäftsführung:

1. Ab dem 17.05.2011 werden keine Ausnahmegenehmigungen vom Einstellungsstopp mehr erteilt. Lediglich in Bereichen, in denen die Aufrechterhaltung der Leistungen existentiell gefährdet ist, wird der Einzelfall vom für den SB Personal verantwortlichen Geschäftsführer geprüft und ggf. ein Ausnahmeantrag bewilligt.

2. Die Geschäftsführungen der GeNo und der Klinika werden aufgefordert, einen monatsgenauen Umsetzungsplan für die Personalreduktion und die Einhaltung der Personalkostenbudgets vorzulegen. Dieser ist im JF GF-Klinika (Ende Mai) und in den kommenden 2.AR-Sitzungen 2011 vorzustellen.“[395]

Gezieltes Vorenthalten von methodischen Einwänden

Eine ausführlichere Darlegung zum im „Sanierungskonzept“ behaupteten Personalüberhang findet sich in einer Präsentation des GeNo-Geschäftsführers vom 11.08.2008, die nicht dem Senat vorgelegt wurde, sondern der Consulting-Firma PriceWaterhouseCooper.[396] Dem Untersuchungsausschuss wurde diese Präsentation nur

[392] Protokolle der Geschäftsführungssitzungen KBM, Nr. 233, 15.06.2011, Band 203, Fach 5, S. 37
[393] Protokolle der Geschäftsführungssitzungen KBM, Nr. 122, 18.04.2011, Band 203, Fach 5, S. 11
[394] Protokolle der Geschäftsführungssitzungen GeNo, Nr. 529, 25.10.2011, Band 188, S. 279
[395] Protokolle der Geschäftsführungssitzungen GeNo, Nr. 281, 17.05.2011, Band 188, S. 279
[396] „Teilersatzneubau am Klinikum Bremen Mitte. Wirtschaftliche Rahmenbedingungen und Businessplanung der Gesundheit Nord gGmbH. Grundlage zur Finanzierung des Bauvorhabens über eine Bürgschaft der Freien Hansestadt Bremen. Vertrauliche Informationen für PwC“, Band 181, S. 61 ff.

aus den von ihm beschlagnahmten Dateien bekannt und zugänglich. In dieser Präsentation findet sich auch der Hinweis auf „methodische Einschränkungen“. Explizit genannt wird z.B. der höhere Anteil teilstationärer Fälle in der GeNo im Verhältnis zum Bundesdurchschnitt.[397]

In der Senatsvorlage und im Anhang „Sanierungskonzept“ fehlt dagegen jeder Hinweis auf „methodische Einschränkungen“. Der Senat wurde darauf nicht hingewiesen. Die Senatorin als Aufsichtsratsvorsitzende und der Staatsrat müssen jedoch die Präsentation des GeNo-Geschäftsführers und damit auch den Hinweis auf die „methodischen Einschränkungen“ gekannt haben. In der öffentlichen Anhörung sprach die ehemalige Gesundheitssenatorin immer von einem Personalüberhang von 10 Prozent, nicht von 17 Prozent.[398] Das geht offenbar auf die in der Präsentation enthaltene Darstellung der GeNo-Geschäftsführung zurück:

> „GeNo beschäftigt 850-950 VK mehr als Bundesdurchschnitt. Davon sind ca. 700-850 VK unabhängig von Strukturdefizit in KBM (ca. 30-40 Mio. € pro Jahr = 10 % der Personalkosten)“[399]

Nur aus der internen Vorlage für PwC lässt sich überhaupt die vollstätionäre Fallzahl der GeNo für 2008 entnehmen, die Grundlage der Berechnungen, aber in der Senatsvorlage nicht enthalten ist. Die öffentlichen Geschäftsberichte der GeNo enthalten diese Zahl ebenfalls nicht, sondern nur die addierte Fallzahl aus stationären und teilstationären Fällen. Sie enthalten auch keinen Personalbestand in VK, sondern nur in Köpfen. Damit ist auch anhand der Geschäftsberichte eine Überprüfung der Berechnungen, die der Senatsvorlage zugrunde lagen, nicht möglich, ebenso wenig eine Feststellung, wie weit der Personalabbau inzwischen gegangen ist.

Die Senatsvorlage vom Juni 2008 war eine im schlechtesten Sinn politische Vorlage. Sie zielte darauf ab, den angeblichen „Personalüberhang“ maximal hochzurechnen. Eine kritische Überprüfung der Zahlen und Berechnungen, die zu dieser Behauptung führten, sollte der Politik und der Öffentlichkeit dagegen nach Kräften erschwert werden.

Das gilt auch für das zusätzliche Argument der im Vergleich zum Bundesdurchschnitt höheren Personalkostenquote. Die Krankenhaus-Statistik des Statistischen Bundesamts zählt nur eigenes Personal, das direkt beim Krankenhaus-Träger angestellt ist. Werden Personalleistungen ausgelagert in Servicegesellschaften, zählen sie nicht als Personalbestand und nicht als Personalkosten, sondern als Sachkosten. Dasselbe gilt für Personalleistungen, die als Dienstleistungen bezogen werden, also z.B. in der Form der Leiharbeit. Bundesweit hat sich an Krankenhäusern die Leiharbeitsquote zwischen 2004 und 2009 verfünffacht und betrug 2010 ca. 3 Prozent.[400] Auch Honorarärzte oder von Servicegesellschaften gestelltes Funktions- oder Pflegepersonal fallen aus der Berechnung heraus.

Durch eine höhere Auslagerungsquote sinkt daher der Anteil der Personalkosten, während der Anteil der Sachkosten steigt, auch wenn die Zahl der im Betrieb Arbeitenden sich überhaupt nicht verändert. Der Anteil der Personalkosten an den Gesamtkosten an sich lässt sich daher überhaupt nicht bewerten. Er muss keineswegs für einen „Personalüberhang“

---

[397] Ebenda, S. 86.
[398] Ingelore Rosenkötter, Protokoll der öffentlichen Anhörung 20-2757, 20-2812
[399] Band 181, S. 86
[400] Christoph Bräutigam u.a.: Das letzte Mittel? Leiharbeit in der Pflege, IAT, Forschung aktuell 10/2010, S. 3, http://www.iat.eu/forschung-aktuell/2010/fa2010-10.pdf

stehen, sondern kann ebenso ausdrücken, dass der Grad der Auslagerung von Personal in Servicegesellschaften oder Dienstleistungsverhältnisse weniger stark fortgeschritten ist.[401]

Auch dies war der GeNo-Geschäftsführung und dem Beteiligungsmanagement im Gesundheitsressort bekannt und bewusst. So findet sich in der internen Hansen-Präsentation vom August 2008, die PwC zur Verfügung gestellt wurde, der Hinweis zur allgemeinen Kostenentwicklung an deutschen Krankenhäusern 2002-2006:

> „Personalkostenquote 2006: 62,3 % (…)
> Sachkostensteigerung durch Outsourcing von Dienstleistungen“[402]

und der Verantwortliche für das Beteiligungsmanagement im Gesundheitsressort sagte vor dem Ausschuss aus:

> „Nehmen wir einmal eine wichtige Größe, die Personalkostenquote! Die Personalkostenquote hängt natürlich sehr stark davon ab, was outgesourct und was ingesourct ist. Wenn jetzt viele - ich meine, im öffentlichen Bereich ist es nicht so - outgesourct haben, im privaten Bereich hat man extrem niedrige Personalkostenquoten“[403]

Dem Senat als ganzen wurde in der Vorlage jedoch suggeriert, der höhere Personalkostenanteil der GeNo im Verhältnis zum Bundesdurchschnitt sei ein unmittelbarer Beleg für den „Personalüberhang“ und die Notwendigkeit des massiven Personalabbaus. Es ist kaum anzunehmen, dass dem damaligen Leiter des Beteiligungsmanagements im Gesundheitsressort und dem damaligen Staatsrat nicht bekannt und bewusst war, dass der Senat hier auf einen grundsätzlichen methodischen Einwand hinzuweisen gewesen wäre, durch die das Kernargument des „Personalüberhangs“ prinzipiell in Frage gestellt worden wäre.

Die Liste ließe sich noch fortsetzen. So sind in der Senatsvorlage die höheren Personalkosten durch den Tarifabschluss vollständig und dauerhaft als jährliche Mehrbelastung eingetragen, obwohl die Anhebung des Basisfallwerts diese Kostensteigerung zwar nicht vollständig und erst verzögert aufnimmt, aber eben zumindest teilweise refinanziert.

Der Senatsbeschluss vom 24.06.2008 beruhte somit auf einer Vorlage, die einseitig, tendenziös, unvollständig und verschleiernd war. Sie war ausschließlich darauf gerichtet, den gewünschten Personalabbau im Umfang von 940 VK zu legitimieren. Die Ausführungen der Vorlage zum Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt waren falsch und irreführend. Die Verantwortung dafür trägt die damalige Senatorin für Gesundheit.

Dennoch hätte dies auch dem Senat oder der Staatsräterunde jederzeit auffallen können, denn die Vorlage hätte einfachen Plausibilitätsrechnungen nicht standgehalten, wenn sie denn angestellt worden wären. Es ist schwer verständlich, dass die damalige Gesundheitssenatorin eine derart weitreichende Beschlussvorlage nicht

---

[401] In den Grunddaten des Statistischen Bundesamts wird seit 2009 daher auch die Zahl der „Vollkräfte im Jahresdurchschnitt ohne direktes Beschäftigungsverhältnis beim Krankenhaus“ eigens erfasst. Diese Beschäftigten ohne direkten Arbeitsvertrag mit dem Krankenhaus selbst machen in den Jahren 2009 und 2010 ca. 2 Prozent der im Krankenhaus Arbeitenden aus (in VK). Dabei handelt es sich aber nur um Honorarärzte oder um LeiharbeiterInnen. Personal in Servicegesellschaften ist darin nicht eingeschlossen. Siehe Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2009, Seite 3.

[402] Band 181, S. 79

[403] Gottwald, Protokoll der öffentlichen Anhörung 17-2412

eingehender prüfen ließ oder aber ihr bekannte methodische Probleme dem Senat vorenthielt. In der Senatsvorlage heißt es jedoch unter „Zusammenfassung“ ausdrücklich:

> „Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales trägt das Sanierungskonzept mit seinen Zielsetzungen mit, hält die vorgesehenen Maßnahmen insgesamt für plausibel und schlägt dem Senat insbesondere vor, die grundlegende Orientierung an bundesweit geltenden Standards zu unterstützen.“[404]

Ebenso schwer verständlich ist auch, dass die damalige (und heutige) Finanzsenatorin und ihre Staatsräte diese Vorlage akzeptierten, ohne dass ihnen aufgefallen wäre, dass z.B. ein Personalüberhang von 17 Prozent bei Personalkosten von 325 Mio. Euro nicht mit der Defizitprognose von 10-15 Mio. Euro jährlich zusammenpasst. Auch hierzu vermerkt die Vorlage jedoch: „Die Vorlage ist mit der Senatorin für Finanzen sowie mit der Senatskanzlei abgestimmt.“[405]

Überblick: Entwicklung der GeNo-Kliniken 2004-2011

	Planbetten	Mitarbeiter (Köpfe)	Mitarbeiter (VK)	Fallzahl stat. (Vollzeit)	Belegungstage	CM	CM Verweildauer	Verweildauer	Verweildauer Auslastung	Erlöse TEUR	Material TEUR	Personal TEUR	Bilanzsumme
2011													
Mitte	856	2.411	1.631	50.918	377.011	49.467	1,08	5,40	83,60	166.885	78.384	120.894	317.690
Nord	519	906	618	21.399	148.796	17.041	0,96	6,40	16,70	71,60	65.153	38.018	44.025	102.713
Ost	909	1.794	1.221	22.824	314.317	15.617	1,15	7,70	23,30	85,70	118.123	28.287	86.129	144.831
UdW	491	1.292	813	26.918	145.272	12.848	1,32	5,40		62,10	112.627	48.264	59.651	120.468
	2.921	**6.403**	**4.284**	**121.859**	**885.396**	**114.972**	**1,13**				**464.784**	**173.954**	**310.899**	**685.672**
2010													
Mitte	896	2.800	1.869	50.889	377.635	48.779	1,07	5,50		83,70	163.855	89.554	125.193	793.277
Nord	519	570	684	21.883	154.641	16.648	0,93	6,30	14,50	73,70	54.015	35.575	44.416	101.214
Ost	909	1.967	1.381	21.694	308.726	15.171	1,16	7,90	23,50	84,10	111.464	31.649	84.136	143.314
UdW	491	1.410	902	27.230	147.423	12.365	1,30	5,40		83,30	110.859	43.402	60.469	115.822
	2.921	**7.047**	**4.806**	**121.896**	**888.425**	**112.962**	**1,13**				**472.189**	**152.380**	**314.354**	**662.627**
2009													
Mitte	959	2.859	2.063	50.269	271.938	48.076	1,08	5,40		79,10	181.104	67.476	132.091	272.248
Nord	559	881	746	21.997	157.006	16.840	0,94	6,60	14,50	80,00	63.854	35.123	46.999	103.646
Ost	921	2.026	1.471	22.016	315.183	15.735	1,13	8,00	24,00	85,20	111.171	39.602	85.717	151.067
UdW	491	1.448	1.035	26.690	151.805	10.559	1,27	5,70		83,80	104.764	43.265	61.874	117.621
	2.921	**7.224**	**5.315**	**120.942**	**895.912**	**112.207**	**1,08**				**464.493**	**143.466**	**125.681**	**646.782**
2008													
Mitte	1.018	3.173	2.237	50.581	280.383	49.013	1,06	5,50		77,10	173.593			269.828
Nord	559	932	780	22.054	159.991	16.975	0,95	6,80	13,50	81,30	63.731			107.474
Ost	909	2.098	1.932	21.919	316.136	14.901	1,16	8,50	22,80	85,40	104.795			148.244
UdW	491	1.248	1.060	26.317	153.155	10.021	1,27	5,80		86,30	96.938			121.466
	2.973	**7.721**	**5.609**	**120.907**	**909.655**	**110.911**	**1,09**				**441.058**			**847.013**
2007													
Mitte	1.018		2.329	48.915	284.768	47.737	1,03	5,82		77,50	176.855			275.222
Nord	552		803	21.910	165.485	17.260	0,96	7,08	14,04	82,10	63.024			105.300
Ost	895		1.503	21.315	315.421	15.456	1,18	8,22	22,83	87,85	101.042			149.647
UdW	446		1.054	26.690	153.208	29.871	1,27	5,87		94,10	95.707			123.576
	2.912		**5.711**	**118.230**	**918.882**	**110.325**	**1,07**				**437.428**			**652.945**
2006													
Mitte	954		2.318	47.333	277.166	43.174	1,08	6,39		72,80	169.694			272.576
Nord	559		778	20.300	165.361	17.249	1,00	7,98	14,83	79,50	62.258			104.322
Ost	935		1.543	20.924	316.297	14.857	1,17	7,37	30,90	85,90	100.787			139.779
UdW	427		1.003	24.601	143.437	26.784	1,29	6,38		88,70	92.386			126.615
	2.865		**5.644**	**113.258**	**902.261**	**102.064**	**1,13**				**425.125**			**643.292**
2005													
Mitte	1.018	3.426	2.305	41.100	260.207	41.885	1,03	6,36		81,00	159.204			263.843
Nord	597	899	775	20.032	161.282	17.071	0,99	7,78	13,81	75,90	61.165			103.851
Ost	1.122	2.384	1.541	21.549	327.272	15.338	1,17	7,30	28,40	82,20	104.436			144.618
UdW	447	1.130	990	24.134	142.271	26.091	1,22	6,40		84,30	91.030			125.067
	3.224	**7.741**	**5.612**	**106.825**	**862.032**	**100.490**	**1,06**				**415.835**			**637.480**
2004													
Mitte	1.037	3.181	2.370	46.478	292.316	45.535	1,10	6,58		73,20	166.536			261.554
Nord	597	959	822	19.911	173.688	18.413	1,07	8,57	15,87	83,70	62.596			108.897
Ost	1.218	2.069	1.553	21.063	338.112	16.139	1,20	8,73	28,53	79,90	105.379			147.998
UdW	457	1.241	993	24.101	138.815	25.394	1,18	6,35		86,10	89.007			127.755
	3.324	**7.644**	**5.740**	**112.152**	**932.931**	**105.476**	**1,06**				**423.518**			**656.205**

406

[404] Senatsvorlage, Band 147, S. 33

[405] Ebenda, S. 34

[406] Eigene Zusammenstellung, Daten: Geschäftsberichte GeNo, VK seit 2008 ergänzt aus Beteiligungsberichten FHB und Controllingberichten GeNo.

1.3. Entwicklung der Personalbelastung

Sofort nach dem Senatsbeschluss setzte ein erster Schub des Personalabbaus ein, indem befristete Verträge ausliefen und nicht nachbesetzt wurden. Gleichzeitig wurde von der GeNo-Geschäftsführung mit Zustimmung des Aufsichtsrates die private Consultingfirma KPMG mit einer „Personalbedarfsermittlung“ beauftragt, um die global vom Senat verabschiedeten Abbau-Zielzahlen stationsscharf herunterzubrechen. Dabei befasste sich KPMG mit den Dienstarten Pflegedienst (PD), Ärztlicher Dienst (ÄD), Medizinisch-Technischer Dienst (MTD) und Funktionsdienst (FD), andere Dienstarten blieben bei der Betrachtung außen vor.

Die Umsetzung dieses Auftrags verzögerte sich, da es sich als unerwartet schwierig erwies, überhaupt den aktuellen Personalbestand und die Leistungszahlen festzustellen. KPMG legte seinen Bericht 2010 vor, er wurde behandelt in der Aufsichtsratssitzung GeNo am 21.09.2010.[407]

Nach Feststellung von KPMG befand sich die Personalkapazität der 4 Kliniken im Jahresdurchschnitt 2008 bereits unterhalb der von Hansen im „Sanierungskonzept“ definierten Zielzahlen, mit Ausnahme des Ärztlichen Dienstes:

	Zielzahl laut Sanierungs-konzept (Anlage Senats-beschluss 24.06.2008)	Ist-Stand laut KMPG im Jahr 2008
PD	1.789	1.764
ÄD	735	831
MTD/FD	1.247	1.212
Summe	**3.771**	**3.807**

[408]

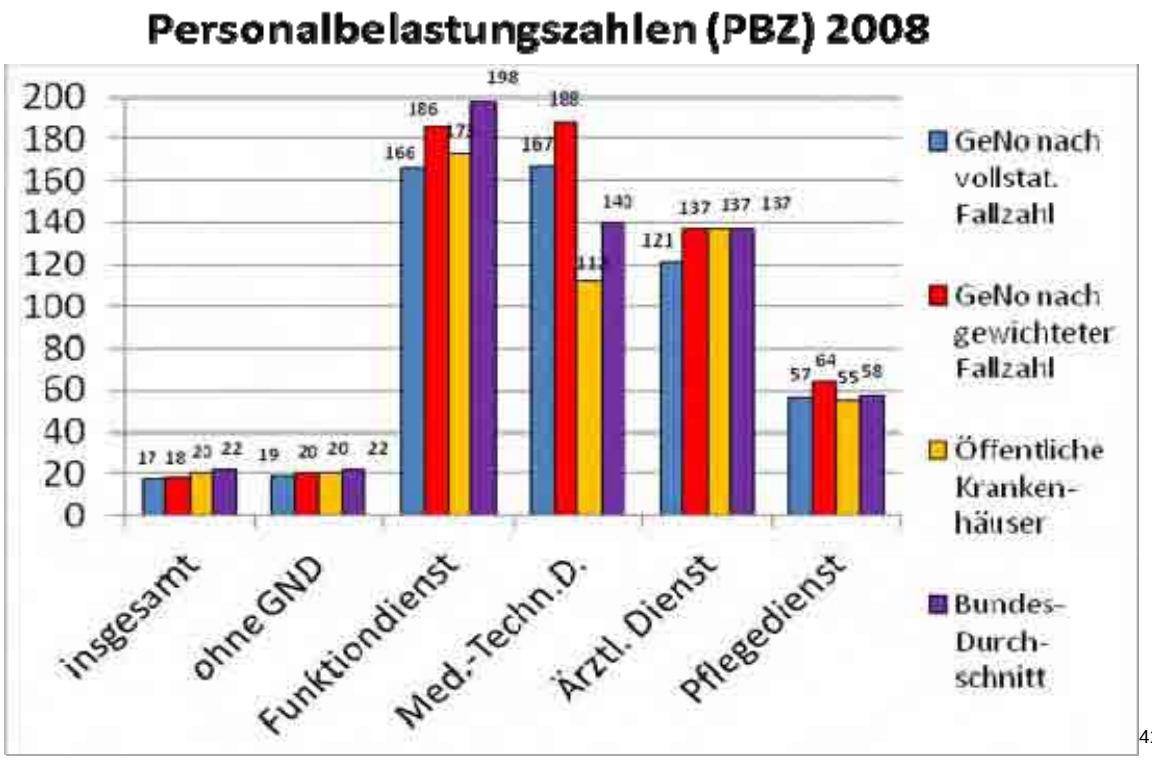
Bezogen auf die Fallzahl bzw. die gewichtete Fallzahl (Case Mix plus Aufschlag für überdurchschnittliche Zahl teilstationärer Behandlungen) stellten sich die Personalbelastungszahlen (d.h. Fälle pro Vollzeitkraft pro Jahr) für die verschiedenen Dienstarten in der GeNo 2008 damit so dar:

PBZ 2008 GeNo	ÄD	PD	MTD	FD
Nach Fallzahl	121	57	167	166
Nach gewichteter Fz	137	64	188	186

[409]

Die Personalbelastungszahlen der GeNo (nach gewichteter Fallzahl) lagen damit 2008 im Pflegedienst um 10,3 % über dem Bundesdurchschnitt, im Medizinisch-Technischen Dienst sogar um 34,3 %. Lediglich im Ärztlichen Dienst und im Funktionsdienst lagen sie auf bzw. leicht unter Bundesniveau.

[407] Band 60, S.49
[408] Eigene Zusammenstellung, Daten: Band 147, S. 39; Band 60, S. 78
[409] Eigene Zusammenstellung, PBZ = Fallzahl durch VK, Gewichtete Fallzahl = Casemix + Aufschlag für höhere Anzahl teilstationäre Fälle (s.o. S 154)



[410]

KPMG empfahl dennoch eine weitere Reduzierung des Personalbestands: Im Pflegebereich um nochmals 9 % (leistungsorientierte Berechnung) bzw. 12 % (erlösorientierte Berechnung).

KPMG: Personal 2008 vs. Leistungsorientierter Personalbedarf

	ÄD		PD		MTD/FD		SUMME	
	IST	SOLL	IST	SOLL	IST	SOLL	IST	SOLL
KBN	134	125	286	270	163	154	583	549
LdW	190	173	394	378	220	221	804	775
KBM	389	360	788	703	616	549	1794	1612
KBO	117	108	296	256	213	181	627	545
	831	765	1764	1606	1212	1125	3808	3481

[411]

Laut KPMG sollte die erlösorientierte Berechnung lediglich zur „Plausibilisierung“ der leistungsorientierten Berechnung dienen. Selbstverständlich wurde aber von der GeNo, wie vermutlich von anderen Kliniken auch, die erlösorientierte Berechnung zur Grundlage der weiteren Planung benutzt, da mehr Personal angeblich nicht durch die DRGs refinanziert war.

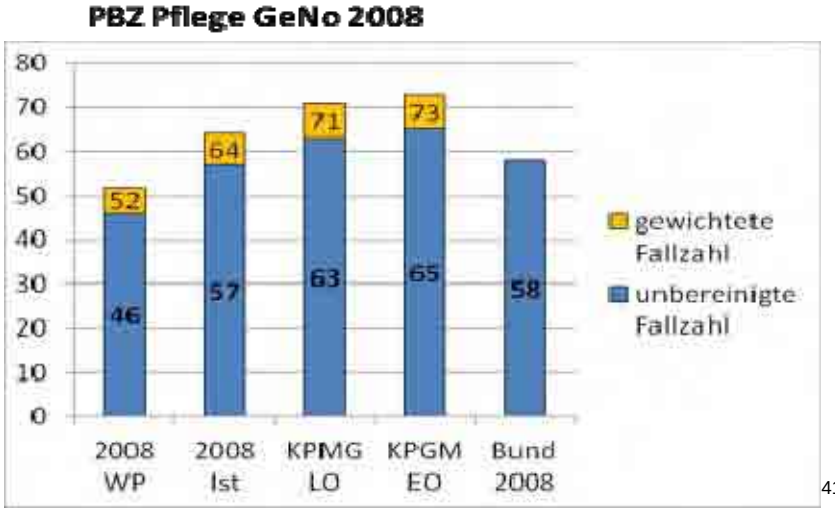
„Die Zielsetzung bis 2015 ist die erlösorientierte Personalbedarfsermittlungsmethode.“[412]

[410] Eigene Grafik. Daten: Statist. Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2008; Band 181 S. 85
[411] Diese und folgende Tabelle: Eigene Grafik, Daten: Band 60, S. 79 bzw. S. 81
[412] Diethelm Hansen, Protokoll der öffentlichen Anhörung 10-1121

KPMG: Personal 2008 vs. Erlösorientierter Personalbedarf

	ÄD		PD		MTD/FD		SUMME	
	IST	SOLL	IST	SOLL	IST	SOLL	IST	SOLL
KBN	134	117	286	274	163	132	583	523
LdW	190	181	394	353	220	215	804	749
KBM	389	338	788	659	616	447	1794	1442
KBO	117	100	296	261	213	164	627	525
	831	737	1764	1547	1212	956	3808	3239

Die damit einhergehenden Personalbelastungszahlen stellten sich dar wie folgt:



[413]

Die Senatsvorlage und das anhängende Sanierungskonzept enthielten Zielzahlen für die einzelnen Dienstarten (s.o.) nur für die GeNo insgesamt, nicht für die einzelnen Häuser. Sie lassen sich anhand der Fallzahlen aber für das KBM rückrechnen.[414]

	FZ voll/ teilstationär	FZ voll-stationär	FZ gewichtet	Quelle
GeNo 2008	120.507	100.805 (83,7 %)	113.569 (94,2 %)	Geschäftsbericht GeNo 2008
KBM 2008	50.581	ca. 46.239 (rückgerechnet aus CM / CMI)	> 49.658 (CaseMix)	Geschäftsbericht GeNo 2008
KBM 2011	50.458	ca. 45.803 (rückgerechnet aus CM / CMI)	> 49.467 (CaseMix)	Controlling GeNo 2011

Personalzahlen nach Dienstarten liegen für 2011 (stationsgenau) in den internen Aufstellungen zur Wirtschaftsplanung vor.[415] Daraus ergibt sich für das KBM folgender

[413] Diese und folgende 2 Grafiken: Eigene Grafik. Daten: Stat. Bundesamt, Grunddaten der KH 2008; Band 181 S. 85; Band 60 S. 79 ff.; Geschäftsbericht GeNo 2008

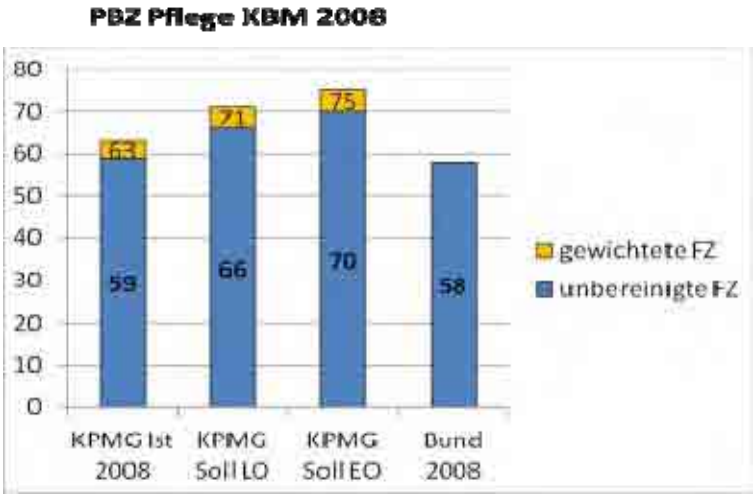
[414] Die Geschäftsberichte der GeNo enthalten für die einzelnen Häuser den Case Mix und den Case-Mix-Index, so dass sich die vollstationären Fallzahlen ermitteln lassen, indem der CM durch den CMI geteilt wird.

Vergleich zwischen dem Ist 2008, der ursprünglichen Zielzahl der Senatsvorlage, den beiden KPMG-Zielzahlen und dem Ist 2011.

Personal KBM	**ÄD**	**PD**	**MTD**	**FD**	**Gesamt**	**Quelle**
2008 ist laut KPMG	389	788	318	299	1.794	Bd. 60
Zielzahl Senatsvorlage 24.06.2008	309	752	310	213	1.988	Bd. 147
KPMG Zielzahl „leistungsorientiert“	360	703	296	253	1.612	Bd. 60
			559			
KPMG Vergleichszahl „erlösorientiert“	338	659	444		1.442	Bd. 60
2011 ist	355	641	296	264	1.556	Bd. 187
			560			

Der Personalbestand wurde demnach bis 2011 in allen Dienstarten weiter abgesenkt. Im Ärztlichen, Medizinisch-Technischen und im Funktionsdienst befand er sich 2011 etwa auf dem Niveau der „leistungsorientierten“ KPMG-Zielzahlen. Im Pflegedienst lag er dagegen noch unterhalb der „erlösorientierten“ KPMG-Zielzahl.

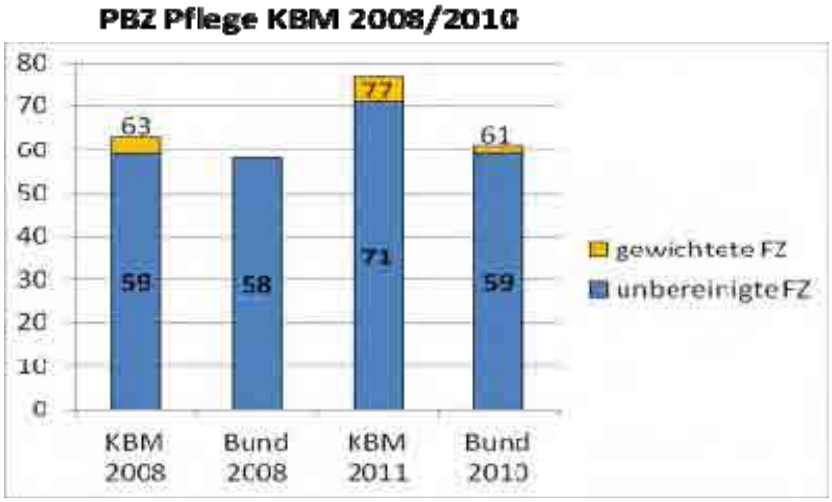
Für das KBM lag die Personalbelastung in der Pflege bereits 2008 über dem Bundesdurchschnitt, sowohl nach gewichteter als auch nach unbereinigter Fallzahl.



Die Überbelastung in der Pflege, die bereits 2008 für das KBM deutlich ist, steigerte sich durch den verschärften Personalabbau dramatisch:

PBZ Pflege KBM	nach Fallzahl	nach gewichteter Fz.
2008	59	63
2011	71	77

[415] Personalkostenbericht 2011, Band 187, S. 43 ff., Pflegedienst S. 48 ff.



2008 lag die Personalbelastung in der Pflege am KBM (nach gewichteter Fallzahl) bereits um 8,6 % über dem Bundesdurchschnitt. 2011 lag sie am KBM dagegen ganze 27 % über dem Bundesdurchschnitt.

Dies widerspricht klar der Aussage des in der Zeit von September 2007 bis Mai 2011 zuständigen Staatsrats für Gesundheit:

> „Die Grundsätze, die wir formuliert haben, lauteten folgendermaßen: erstens, kein Anstreben eines Personalabbaus, und zwar nicht insgesamt, sondern überall, unter den geltenden bundesdeutschen Durchschnitt. Wir wollen nicht weniger Personal haben - auf keiner Station -, als es im bundesdeutschen Durchschnitt der Fall ist. Das war die erste Maßgabe. Die zweite Maßgabe lautet: Der gesamte Sanierungsprozess der GeNo darf nicht zulasten der Qualität der Versorgung gehen. Das waren die beiden von uns formulierten Maßgaben. Diese waren allgemein bekannt. Ich habe sie öffentlich und nicht öffentlich, auch in den Aufsichtsratssitzungen, immer wieder wiederholt. An einer Gültigkeit dieser Grundsätze kann es keinen Zweifel, bei niemandem, gegeben habe.“[416]

Das Missverhältnis zwischen der Aussage „nicht weniger Personal – auf keiner Station – als es im bundesdeutschen Durchschnitt der Fall ist“ und der Realität des KBM ist krass. Es lässt sich nicht auf fehlende Informationen zurückführen. Erinnert sei an die bereits zitierte Aussage des Staatsrats, er habe in jeder Aufsichtsratssitzung die Entwicklung der Personalbestände für jedes Krankenhaus und für die einzelnen Abteilungen „detailliert dargelegt“ und „mit den jeweiligen Jahreszielen verglichen“ bekommen.[417]

Auch im Konzernbetriebsrat wurde wiederholt deutlich gemacht von der Arbeitnehmerseite, dass der Personalabbau vorangetrieben wurde, ohne die Folgen zu bilanzieren und wenigstens bei den offensichtlichsten Engpässen gegenzusteuern.

> „Marianne Carl sagt, dass sie beim Personalabbau 2008 von der GF erwartet habe, dass es ein Konzept zur Abfederung gibt. Gab es nicht. Jetzt gibt es weiteren Personalabbau.“[418]

---

[416] Hermann Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung 33-4893
[417] Hermann Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung 19-2634
[418] Monatsgespräche KBR mit GF GeNo, Januar 2010, TOP 10 Stellenbesetzungsverfahren, Band 184, S. 58

1.4. Selbstfinanzierung des Krankenhaus-Neubaus

Dass die GeNo-Leitung den Personalbestand weit unter den Bundesdurchschnitt steuerte, ist nicht überraschend. Es ist das Ergebnis der zentralen Vorgabe, die der Senat in seinem Beschluss am 24.06.2008 und die GeNo-Geschäftsführung im beigefügten Sanierungskonzept machten: Die hundertprozentige Selbstfinanzierung des Neubaus Mitte aus den laufenden Betriebskosten der GeNo. Der Businessplan, der in der Senatsvorlage nicht beigefügt wurde, sondern nur in den Unterlagen für PwC enthalten war, war so kalkuliert, dass diese Vorgabe erreicht werden sollte.

Businessplan GeNo, Hansen 2008

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
EBIT-DA	5.247	448	9.136	14.336	17.697	21.865	26.721	29.637
Abschreibungen	-4.485	-5.090	-5.040	-5.066	-5.093	-14.119	-14.146	-14.173
EBIT	762	-4.642	4.096	9.270	12.605	7.746	12.574	15.464
Finanzergebnis	-2.395	-2.395	-3.664	-3.677	-12.490	-13.590	-13.590	-13.590
EBT	-1.633	-7.037	432	5.593	115	-5.843	-1.015	1.874

[419]

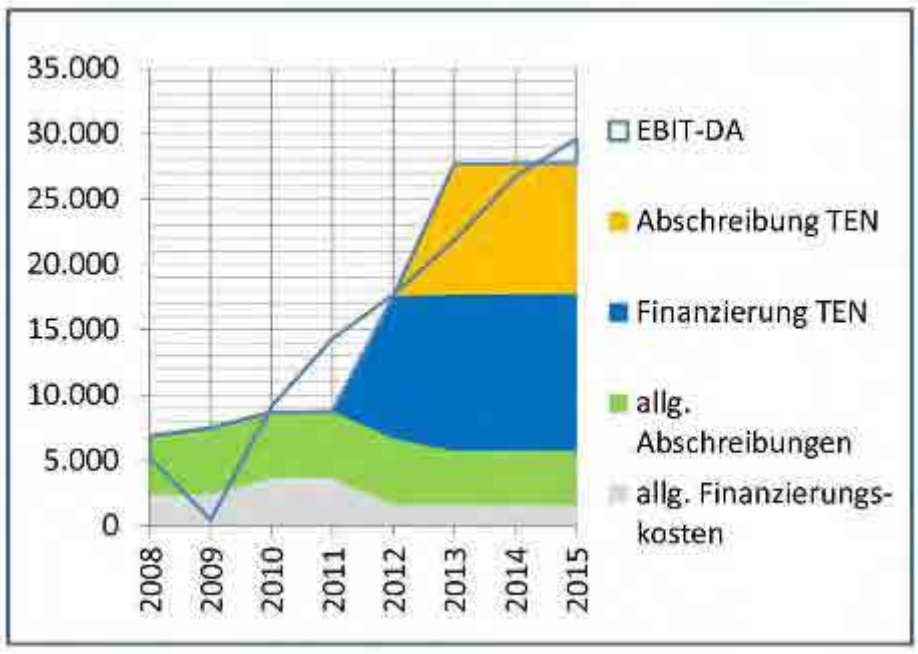
EBIT-DA ist der Gewinn vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen („earnings before interest, taxis, depreciation and amortization“). EBIT ist der Gewinn vor Zinsen und Steuern, EBT der Gewinn vor Steuern. Der Businessplan zeigt, dass das Betriebsergebnis (Einnahmen/ Ausgaben) auf ein Plus von 30 Mio. Euro jährlich hochgetrieben werden sollte, damit Abschreibungen in Höhe von 14 Mio. Euro und Kapitaldienst in Höhe von 13 Mio. Euro darin Platz hatten. Diese beinhalteten 12 Mio. Euro jährliche Kapitalkosten, d.h. Zinsen, für die Finanzierung des Neubaus sowie 10 Mio. Euro jährliche Abschreibungen ab dem Zeitpunkt der Baufertigstellung.[420] Eine Tilgung war bis auf weiteres nicht vorgesehen.[421]

---

[419] Eigene Grafik, Daten: Businessplan neu Gesundheit Nord 2008-2015, in: Teilersatzneubau am Klinikum Bremen Mitte, Vertrauliche Informationen für PwC, Hansen 11.08.2008, Band 118, S. 112

[420] Vertrauliche Informationen für PwC, Hansen 11.08.2008, Band 118, S. 117

[421] Dieser Punkt im Hansen-Plan ist schwer verständlich. Nach der Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV) § 5 Abs. 3 sind öffentliche Fördermittel erfolgsneutral darzustellen, d.h. sie werden in gleicher Höhe abgeschrieben, siehe Steffen Fleßa: Gesundheitsmanagement IV-2, Universität Greifswald, http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=abschreibung+tilgung+khg&source=web&cd=2&ved=0CDEQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.rsf.uni-greifswald.de%2Ffileadmin%2Fmediapool%2Flehrstuehle%2Fflessa%2FGM_IV__Teil_2_01.ppt&ei=8FexULvgMcvWsgbh0YGADQ&usg=AFQjCNFSCDTlzSYAsTQCywQ4uTUnE742HA&cad=rja; Frank Havighorst: Jahresabschluss von Krankenhäusern, 2004, http://www.boeckler.de/pdf/p_edition_hbs_114.pdf. Bei einem kreditfinanzierten Erwerb aus Eigenmitteln wird normalerweise der Vermögenszuwachs in Höhe der Tilgung abgeschrieben, ist also auch erfolgsneutral (die Zinsen müssen allerdings erwirtschaftet werden). Welchen Vorteil es bringen



[422]

Die Grafik veranschaulicht, wie die geplante Entwicklung des Betriebsergebnisses den TEN-Finanzierungskosten angepasst war. Die Planung des Personalabbaus folgte primär dieser Logik, durch sie die TEN-Kosten zu finanzieren.

Damit wiederholte sich, was schon im Untersuchungsausschuss „Klinikverbund“ 2006 kritisiert worden war: Personalabbauplanungen ohne Umsetzungskonzept, die aus Finanzplanungsvorgaben abgeleitet sind.

> „Der Zeuge Prangenberg hat als wirtschaftlicher Sachverständiger des Betriebsrates des KBM Fragen zur wirtschaftlichen Umsetzung des Masterplans untersucht. Zu dem angestrebten Personalabbau hat er angegeben, dass dieser rechnerisch aufgrund von Benchmark hergeleitet worden sei. Es handelt sich damit um eine reine Personalkostenzielplanung, die rechnerisch ermittelt wurde. Nach seinen Angaben habe man damit nur abgebildet, wie viel Personalkosteneinsparung ökonomisch erforderlich ist. Nach seiner Ansicht sei es die offene Flanke in der Umsetzung des Masterplans, dass kein Personalkonzept vorliegen würde (…)“[423]

1.5. Verweigerung der Krankenhaus-Investitionen des Landes

Bereits vor 2007 fiel in der senatorischen Behörde die Entscheidung, für den Neubau des Klinikums Mitte keine öffentliche Förderung nach dem KHG bereitzustellen.

> „Zur Finanzierung war das KBM zuvor noch von einem öffentlichen Investitionszuschuss von 92 Mio. Euro ausgegangen, der Gegenstand von Überlegungen in der senatorischen Behörde gewesen war. Im mittel- und langfristigen Investitionsplan für die Krankenhäuser in Bremen war dann jedoch nicht vorgesehen, in dieser Größenordnung einen Neubau des KBM zu finanzieren, und es wurde aus der Behörde des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales auch deutlich gemacht, dass

---

soll, nur Abschreibungen zu erwirtschaften anstatt zu tilgen (und die Abschreibungen durch den Vermögenszuwachs auszugleichen), erschließt sich aus den Informationen für PwC nicht.

[422] Eigene Grafik, Daten: Band 118, S. 117

[423] Bericht des Parlamentarischen Untersuchungsausschusses „Klinikverbund“, S. 109

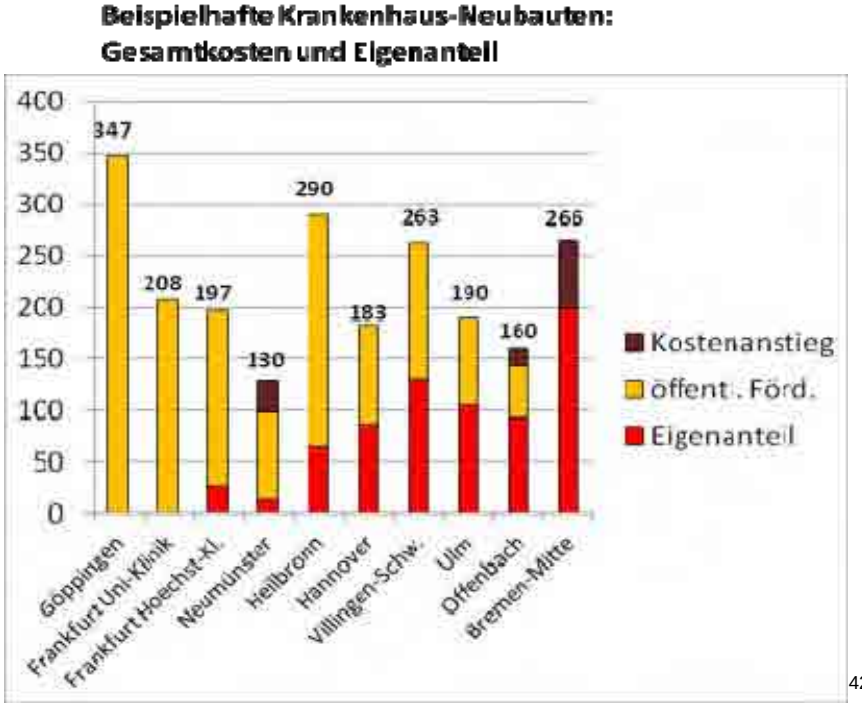
> Haushaltsmittel für einen Neubau des KBM nicht zur Verfügung stehen würden. Ein formeller Antrag auf Haushaltsmittel wurde nicht gestellt.“[424]

Der Senat hat bis heute unmissverständlich klargemacht, dass sich an seiner Haltung, den Neubau Mitte nicht öffentlich zu finanzieren und sich nicht einmal öffentlich zu beteiligen, nichts geändert hat. Dies steht in klarem Widerspruch zum Krankenhausgesetz (KHG), das ebenso unmissverständlich feststellt:

> „Die Krankenhäuser werden dadurch wirtschaftlich gesichert, dass ihre Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden (…) Die Krankenhäuser haben nach Maßgabe dieses Gesetzes Anspruch auf Förderung, soweit und solange sie in den Krankenhausplan eines Landes und bei Investitionen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 in das Investitionsprogramm aufgenommen sind (…) Die Länder fördern auf Antrag des Krankenhausträgers Investitionskosten, die entstehen insbesondere für die Errichtung von Krankenhäusern einschließlich der Erstausstattung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern (…) Die Fördermittel sind nach Maßgabe dieses Gesetzes und des Landesrechts so zu bemessen, dass sie die förderungsfähigen und unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze notwendigen Investitionskosten decken.“[425]

Aufgrund des zunehmenden Haushaltsnotstands machen viele Bundesländer immer öfter von der Möglichkeit Gebrauch, nur für einen Teil der Investitionskosten aufzukommen.

> „Die zuständige Landesbehörde und der Krankenhausträger können für ein Investitionsvorhaben nach § 9 Abs. 1 eine nur teilweise Förderung mit Restfinanzierung durch den Krankenhausträger vereinbaren (…)“[426]



[427]

[424] Bericht des Parlamentarischen Untersuchungsausschusses „Klinikverbund“, S. 104
[425] Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in der Fassung vom 21.07.2012, § 4, 8 und 9, http://www.gesetze-im-internet.de/khg/
[426] KHG § 8 Abs. 1 Satz 2
[427] Eigene Grafik, Daten: siehe Tabelle folgende Seite

Wie die folgende Aufstellung zeigt, liegt der Eigenfinanzierungsanteil bei jüngeren Neubauprojekten bereits bei etwa einem Drittel. Mit einem öffentlichen Finanzierungsanteil von null Prozent steht der KBM-Neubau jedoch allein da.

Krankenhaus-Neubauten und Finanzierungsanteile – jüngere Beispiele[428]							
	Gesamt	Land	Kreis	Kom-mune	Klinik	Eigen-anteil	Anmerkungen
Göppingen	347 Mio.	173,5 Mio.	173,5 Mio.		-	-	
Heilbronn	290 Mio.	137 Mio.	65 Mio.	23 Mio.	65 Mio.	22 %	
Villingen-Schwenningen	263 Mio.	102 Mio.	-	20 Mio.*	131 Mio.	50 %	*)„Gesellschafter-zuschuss“ = Kommune
Bremen-Mitte	200 Mio..	-	-	-	200 Mio.	100 %	266 Mio. lt. Senatsvorlage 17.07.12
Uniklinik Frankfurt	208 Mio.	208 Mio.	-	-	-	-	Aus Hochschul-Inv.programm HEUREKA
Hoechst-Klinik Frankfurt	197 Mio.	51 Mio.	-	119 Mio.	27 Mio.	14 %	kommunale Klinik trotz Name
Ulm Chirurgie	190 Mio.	85 Mio.	-	-	105 Mio.	55 %	Uniklinik
Hannover-Mitte	183 Mio.	96 Mio.	-	-	87 Mio.	48 %	KHR-Verbund
Offenbach	143 Mio.	50 Mio.	-	-	93 Mio.	65 %	Kostenanstieg auf 160 Mio.
Neumünster	98 Mio.	84 Mio.	-	-	14 Mio.	14 %	Kostenanstieg auf 130 Mio.
Summe	2.119 M	986,5 M	238,5 M	162 Mio.	722 Mio.	34 %	ohne KBM: 27 %

Die kommunale Klinik in Offenbach, die mit einem Eigenanteil von 65 % den zweiten Platz belegt, ist daran bereits gescheitert. Die Illusion, den Neubau überwiegend aus dem laufenden Betrieb finanzieren und dafür 17 Mio. jährlichen Kapitaldienst aufbringen zu können, wird inzwischen bereits als „Geburtsfehler“ des Neubaus bezeichnet.[429] Der Neubau wurde massiv unterplant und wies nach Inbetriebnahme 8.330 bauliche Mängel auf.[430] Nachdem das operative Defizit sich 2011 auf 42 Mio. Euro jährlich belief[431], wurde ein von Vivantes geholter Krisenverwalter eingesetzt und in einem „Markterkundungsverfahren“ nach

[428] Die Zahlen wie auch die Auswahl beruhen auf im Internet zugänglichen Presseberichten und Darstellungen der Kliniken. Die Aufstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die gefundenen Beispiele wurden allerdings ohne Auswahl vollständig in die Tabelle aufgenommen.
[429] Offenbacher Klinikum: „Gab keinen Geburtsfehler“, RP 20.10.2011, http://www.op-online.de/nachrichten/offenbach/klinikum-offenbach-misere-hermann-schoppe-1454004.html
[430] Keine Klodeckel, bröckelnder Putz – 8330 Mängel im Klinik-Neubau, Mainecho 28.09.2010, http://mainecho.fidion.de/nachrichten/regionalenachrichten/hessenr/art11995,1363882
[431] RP 20.10.2011

einem Käufer gesucht. Inzwischen hat das Stadtparlament das „Markterkundungsverfahren“ gestoppt, das vor allem private Beraterfirmen ein gutes Geschäft war, die dafür 767.000 Euro Beraterhonorare kassiert haben.[432] Derzeit läuft ein Bürgerbegehren gegen eine Privatisierung.[433]

Neubau Klinikum Offenbach am Main[434]

Die öffentliche Bürgschaft des Landes Bremen für den Neubau-Kredit ändert an der 100%igen Selbstfinanzierung nichts und ist daher auch keine Alternative zur öffentlichen Förderung.

> „Deshalb war die Notwendigkeit da, eine Alternative zu suchen, und diese Alternative lautete in diesem Fall Selbstfinanzierung, Absicherung der Selbstfinanzierung mit den entsprechenden Krediten und Absicherung der entsprechenden Kredite mit der entsprechenden öffentlichen Bürgschaft. Dies haben wir im Übrigen auch allen anderen Krankenhäusern angeboten, es ist ja keine spezifische GeNo-Lösung, von diesem System der Finanzierung kann jedes Bremer Krankenhaus Gebrauch machen. Im Übrigen waren wir gar nicht die Ersten, die das in der Bundesrepublik gemacht haben, sondern Nordrhein-Westfalen, damals noch unter der Rüttgers-Regierung, hat den Weg vor uns beschritten. Inzwischen beschreiten viele andere den Weg mit uns.“[435]

Diese Darstellung des ehemaligen Staatsrats verschweigt, dass Darlehensförderung in anderen Bundesländern mit der tatsächlichen Übernahme der Finanzierungskosten durch das Land einhergeht.

> „Die deutliche Verringerung des Haushaltsansatzes im Jahr 2002 ist durch eine Umstellung der Finanzierung der Einzelförderung auf Darlehensbasis verursacht. Seitdem nimmt der Krankenhausträger die vom Land bewilligten Investitionszuschüsse als Darlehen auf; Zinsen und Tilgung trägt das Land.“[436]

Entwicklung der Krankenhaus-Investitionen

---

[432] Klinikum Offenbach – Den Stecker gezogen, OP 13.10.2012, http://www.op-online.de/nachrichten/offenbach/klinikum-offenbach-stecker-gezogen-2545509.html

[433] Klinikum Offenbach – Verkaufsverfahren von Piraten torpediert, OP 24.11.2012 http://www.op-online.de/nachrichten/offenbach/klinikum-offenbach-piraten-verkauf-2634824.html

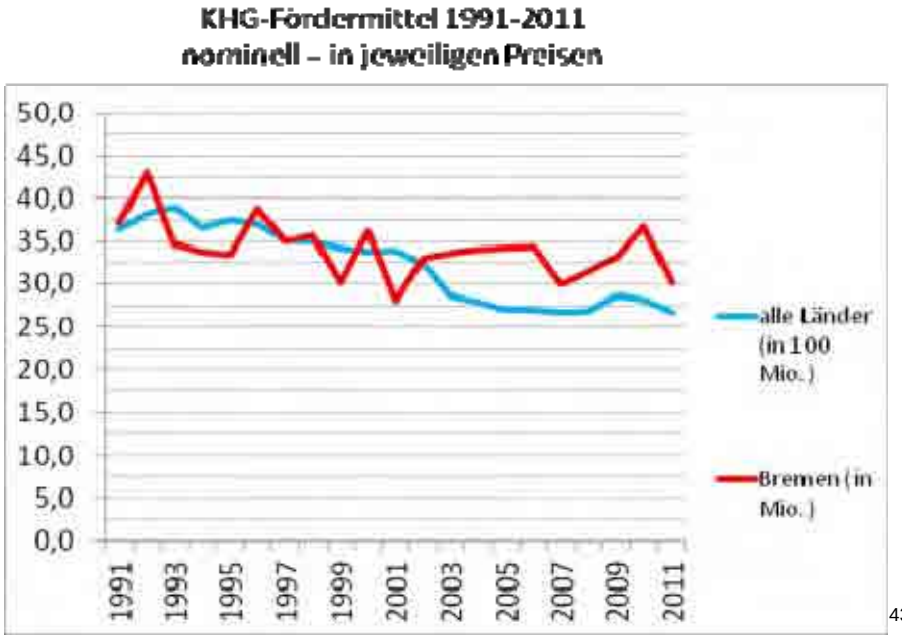
[434] Wikicommons, Foto: ChristosV, 2010

[435] Hermann Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung 19-2629

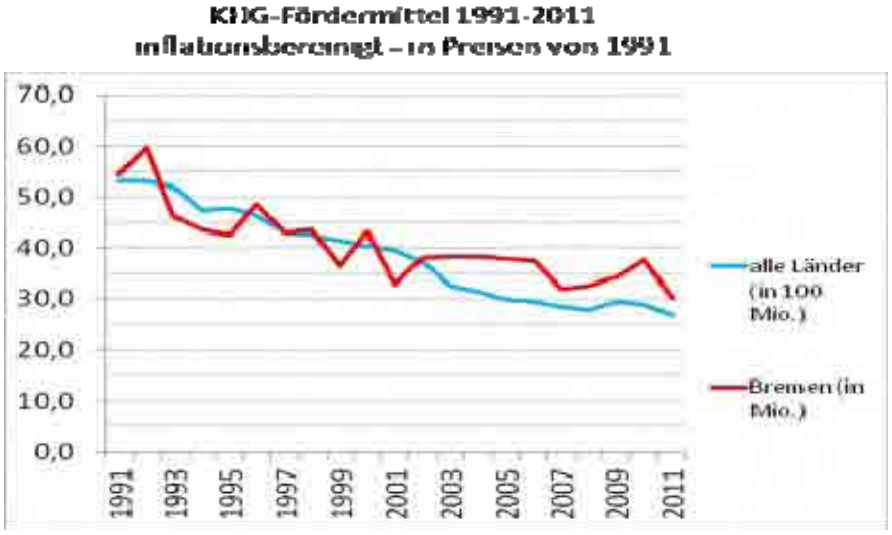
[436] Landesrechnungshof Schleswig-Holstein, Bemerkungen 2005, Krankenhausfinanzierung nach dem KHG, S. 258, http://www.landesrechnungshof-sh.de/index.php?getfile=28krankenhaus.pdf

Die Fördermittel der Länder nach KHG haben bundesweit massiv abgenommen. Inflationsbereinigt haben sie sich seit 1991 etwa halbiert.

Mit Baden-Württemberg, Hamburg, Hessen und Niedersachsen gibt es lediglich vier Bundesländer, deren KHG-Fördermittel 2011 höher liegen als 1991. Inflationsbereinigt gibt es kein Bundesland, das nicht einen deutlichen Rückgang der Förderung nach KHG aufweist.



[437]



In den Zahlen der DKG-Umfrage sind allerdings nicht alle öffentlichen Fördermittel enthalten. Wie aus der Tabelle zu den Neubaufinanzierungen zu ersehen ist, setzen einige Bundesländer für die Universitätskliniken auch Mittel aus Hochschulinvestitionsprogrammen ein. In vielen Fällen beteiligen sich Kommunen über ihren Finanzierungsanteil nach den KHG-Ausführungsgesetzen der Länder hinaus an der Krankenhausfinanzierung, mit zusätzlichen kommunalen Mitteln oder mit Gesellschafterzuschüssen bei kommunalen Krankenhäusern. Da beides in Bremen nicht der Fall ist, ist davon auszugehen, dass die

[437] Beide Grafiken: Eigene Grafik, Daten: DKG: Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundeländern, Stand Juli 2012, S. 95; jährliche Inflationsraten: Statistisches Bundesamt

Daten die öffentliche Finanzierungsleistung Bremens zu günstig darstellen. Den Bedarf nach einer Erhöhung der KHG-Mittel des Landes hat auch die Senatorin in der Anhörung unterstrichen.

> „Was wollen Sie mir damit sagen? Dass ich mehr fordern soll? Das habe ich auch, aber es war nicht mehr drin! Ich bin bei dieser Haushaltsverhandlung froh gewesen, dass wir die Kürzung, die ursprünglich angedacht war, nicht hinnehmen mussten, sondern es bei der konstanten Summe aus dem letzten Jahr – da gab es aber, glaube ich, noch das Konjunkturprogramm, aber das weiß ich jetzt nicht genau – von 28 Millionen Euro geblieben ist. Es war ursprünglich ein bisschen was anderes angedacht. Insofern habe ich das schon als einen gewissen Erfolg gesehen.“[438]

Als besonders kritisch ist zu sehen, dass die Doppelfunktion der öffentlichen Hand gegenüber den kommunalen Kliniken sich hier besonders nachteilig auswirkt. Einerseits bewilligt der Senat das Krankenhausinvestitionsprogramm des Landes und hat ein Interesse, die Haushaltsbelastung durch Begrenzung der Investitionsförderung niedrig zu halten. Andererseits vertritt der Senat die Kommune als Eigentümer der kommunalen Kliniken und hat die Möglichkeit, diesen einen Verzicht auf Finanzierungsanträge nach dem KHG zu diktieren.

1.6. Sanierung als „Schock-Strategie“

Selbst im ursprünglichen Hansen-Plan wurde eingeräumt, dass „100-150 VK“ für die „Strukturdefizite KBM“ zu veranschlagen seien, d.h. als Mehrbedarf für die Pavillonbauweise und die dadurch bedingten großen räumlichen Entfernungen.[439] Auch nach der eigenen Logik der „Sanierung“ hätten daher bis zur Inbetriebnahme des Neubaus nicht 860, sondern nur ca. 730-740 VK abgebaut werden dürfen, ohne dass es zu einer Unterversorgung kam. In der Realität spielte dies keinerlei Rolle.

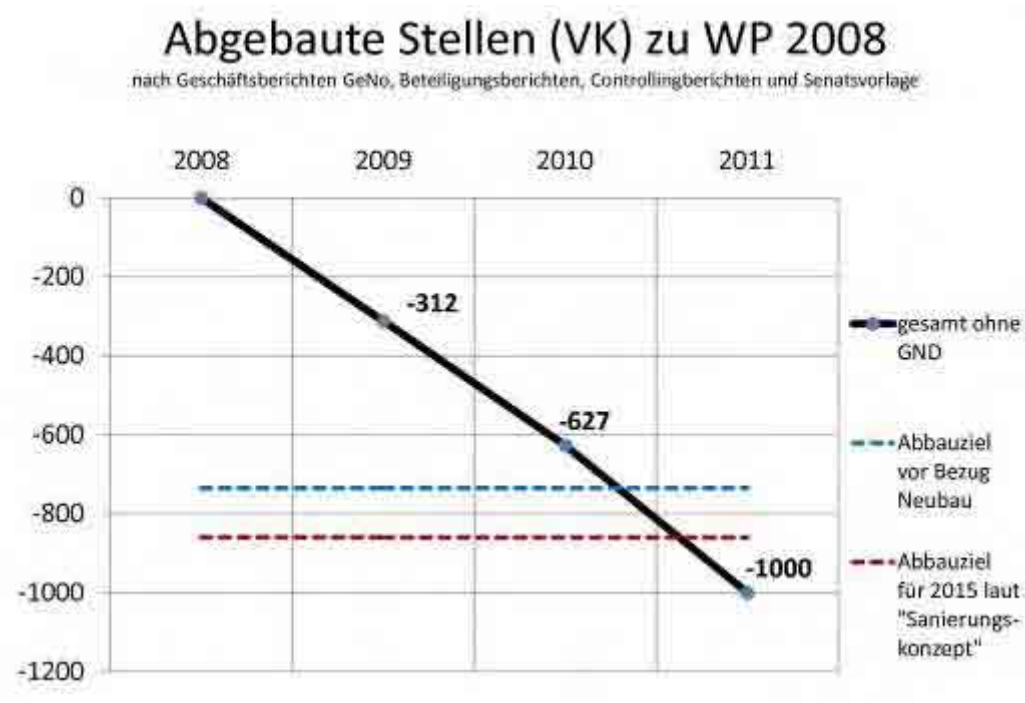
Abgebaut wurde so schnell wie möglich und vorrangig bei der Pflege. MitarbeiterInnen wurden faktisch dafür bezahlt, dass sie gingen.

> „Im Rahmen des Personalabbaus, der ja nicht über betriebsbedingte Kündigungen, sondern im Wesentlichen über Fluktuation erfolgte, aber auch darüber, dass man Mitarbeiter ermutigte, den Arbeitgeber zu wechseln, also statt der GeNo einen anderen zu finden, hat es eine ganze Reihe jüngerer Mitarbeiter gegeben, die die GeNo verlassen haben.“[440]

> „Wir haben versucht, zum Beispiel mit einem finanziellen Anreizsystem die vorzeitige Beendigung des Arbeitsvertrags zum damaligen Zeitpunkt attraktiver zu machen.“[441]

---

[438] Renate Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Anhörung 31-4625
[439] Vertrauliche Informationen für PwC, Hansen 11.08.2009, Band 118, S. 86
[440] Hermann Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung 19-2692
[441] Hermann Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung 33-4900



[442]

Das Tempo des Personalabbaus führte zu zusätzlichen Problemen, etwa zur Überalterung und zur Dequalifizierung.

> „Es ist ja ein Dilemma gewesen, finde ich, dass bei der Umsetzung des Modells der GeNo mit der Pflege begonnen wurde. Das hat Herr Hansen selbst zugegeben. Es ist deswegen mit der Pflege angefangen worden, weil dort die höchste Fluktuation ist. Man hätte natürlich eigentlich vom Inhalt her mit der Verwaltung anfangen müssen, ganz klar. Dort haben sie aber ihre Stellen am längsten, und es ist am schwierigsten, dort einzusparen. Also ist mit der Pflege angefangen worden und dann mit den Ärzten. Es ist patientenseitig gekürzt worden, das ist falsch.“[443]

> „Es gab ja ein Grundproblem bei der zuerst stattfindenden Verknappung im Bereich Pflege. Da gab es einen Beschluss, der ein politischer Beschluss war, so habe ich das verstanden, sowohl von der Politik als auch von Personalräten, ich sage jetzt einmal ein bisschen überspitzt: Die Alten und Kranken bleiben, und die Jungen können gehen oder wechseln. Das hat dazu geführt, dass relativ rasch ein enormer Mangel an spezialisiert Ausgebildeten und Motivierten entstanden ist. Ich fand diesen Beschluss damals, zumindest in der apodiktischen Form, verkehrt, was die Kinder betrifft. Wir betreuen ja Kinder. Es geht ja nicht in erster Linie darum, dass man da sagt, wie die Arbeitsplätze sind, es geht schon um die Kinderbetreuung. Im Bereich der Neonatologie hat sich das besonders stark ausgeprägt, weil es ja auch so ein Ausbildungscurriculum gibt, das lange Zeit mit den anderen Krankenhäusern hier im Norden gemacht worden ist, um Intensiv- und Neonatologieschwestern auszubilden. Das ist verzögert worden, und sie sind dann weggegangen. Es sind praktisch Kräfte abgezogen worden, weil durch die Verminderung der Pflegezeiten die Spezialisierten weggegangen sind, das war in fast allen Bereichen so. Das war der Fehler.“[444]

---

[442] Eigene Grafik, Daten: Geschäftsberichte GeNo, Beteiligungsberichte FHB, Controllingberichte GeNo, Band 118 S. 86
[443] Marg, Protokoll der öffentlichen Anhörung 13-1691
[444] Marg, Protokoll der öffentlichen Anhörung 13-1665

Diese Entwicklungen wurden von der GeNo-Geschäftsführung bewusst in Kauf genommen und als unvermeidlicher Bestandteil der Sanierung angesehen.

> „Ich darf noch einmal aus diesem Senatsbeschlusspapier zitieren. Dort steht schon wörtlich, es werden junge Mitarbeiter gehen, es wird zu einer ungünstigen Alterspyramide über Jahre führen in der Belegschaft der Kliniken, und es steht dort auch, dass das in den nächsten Jahren sehr schwer für die Kliniken werden wird. Das ist dort so formuliert.“[445]

> „Der Krankenstand ist im Jahr 2011 gegenüber den Vorjahren angestiegen, das ist so. Ich darf aber dazu sagen, das ist leider in kommunalen Krankenhäusern, die einen solchen schwierigen Sanierungsweg machen müssen, normal - das war in Berlin bei Vivantes nicht anders -, dass in den Folgejahren der Sanierung, im dritten, vierten Jahr der Krankenstand erfahrungsgemäß ansteigt. Wenn solch eine Sanierung, sage ich einmal, auf einem Level angekommen ist, dass kein weiterer Personalabbau stattfindet, dann dauert es in der Regel zwei, drei Jahre, bis die Krankheitsquote sich wieder auf das durchschnittliche Maß normalisiert. Das ist leider ein häufig gesehener Effekt.“[446]

Nach Einschätzung des Betriebsrats war das häufig vorgetragene Argument, man wolle ja einstellen, finde aber kein ausgebildetes Personal auf dem Markt, lediglich vorgeschoben.

> „Eines unserer Lieblingsthemen ist, dass trotz der Stelleneinsparungen, die schon erfolgt sind, im Bereich der Pflege in Mitte im Durchschnitt in den letzten zwei Jahren 20 bis 30 Stellen in der Pflege nicht besetzt waren, weil man in einem anderen Bereich nicht abbauen konnte. Wir haben immer den Verdacht geäußert, dass das nicht daran lag, dass kein Personal zu bekommen war. Sicherlich ist die eine oder andere Fachkraft schwer zu bekommen, aber in einer Größenordnung von 20 bis 30 VK, die nicht besetzt sind, und dann noch die Aussage, dass nach der Ausbildung nur die Auszubildenden übernommen werden, die mindestens die Note „befriedigend“ haben, aber nicht diejenigen, die bestanden und nur die Note „ausreichend“ haben, lässt uns doch zu dem Verdacht kommen, dass hier bewusst gespart wird, dass die Pflege das Sparschwein ist, weil eben andere Berufsgruppen nicht entsprechend der Vorgaben abgebaut haben können. Das haben wir in allen Gremien problematisiert, im Aufsichtsrat, im Betriebsrat, im Konzernbetriebsrat, im Lenkungsausschuss Sanierung.“[447]

Ausgebildetes Personal konnte auch deshalb nicht gewonnen werden, weil Stellen nur befristet ausgeschrieben wurden. Darauf wurde im Konzernbetriebsrat von der Arbeitnehmerseite immer wieder hingewiesen. So wurde am 14.12.2009 ausführlich das Thema „Personalakquise im Pflegebereich“ diskutiert.

> „Roman Fabian sagt dazu, dass die Problematik, OP-Fachpersonal zu finden, nichts Neues ist. Die Frage ist, warum die KollegInnen wechseln. Außerdem muss es möglich sein wieder extern und unbefristet auszuschreiben. Leiharbeitskräfte sind wenig attraktiv und nicht das was man sich wünscht.“[448]

Ein Jahr später hatte sich an der Problematik nichts geändert.

---

[445] Diethelm Hansen, Protokoll der öffentlichen Anhörung 10-1097 f.
[446] Diethelm Hansen, Protokoll der öffentlichen Anhörung 10-1131
[447] Thomas Hollnagel, Protokoll der öffentlichen Anhörung 18-2569
[448] Monatsgespräche Konzernbetriebsrat mit GF GeNo, Dezember 2009, TOP 12 Personalakquise im Pflegebereich, Band 184, S. 48

> „Sebastian Wriedt schildert das Problem der hohen Fluktuation (…) Es sieht so aus, als wenn nicht mehr als vor ein paar Jahren getan wird. Die Stellenausschreibungen sind besser geworden, aber noch nicht gut genug. Er vermisst Aktivitäten um Personal zu bekommen, und um es auch zu halten (…) Roman Fabian weist auf die befristeten Einstellungen von OTAs hin. Gerade in diesem Bereich werden KollegInnen gesucht, hier sollte unbefristet ausgeschrieben werden.“[449]

Eines der „10 Projekte“, mit denen der Aufsichtsrat die „weitere Anpassung des Personalbestands“ begleiten wollte, war die „Untersuchung und Begrenzung der Zahl, Dauer und Häufigkeit von Kommissionen, Gremien und Besprechungen.“[450] Die Hygienekommission war dabei schon mit gutem Beispiel vorangegangen und tagte seit 4.12.2008 nur noch zweimal jährlich.[451]

Das überstürzte Tempo der Sanierung war auch Ausdruck der Überzeugung der GeNo-Geschäftsführung, das Zeitfenster nutzen zu müssen, in dem in Politik, Öffentlichkeit und Teilen der MitarbeiterInnenvertretung die Bereitschaft bestand, einen solchen Kurs mitzutragen. In den Unterlagen für PwC klagt Hansen über die Unbeweglichkeit der zurückliegenden Jahre.

„Seit Jahren folgende Diskussionen:

- Personalabbau nur durch ‚Masterplan‘ möglich (…)
- Die Holding ist nur ein teurer Wasserkopf
- Das Personal ist bereits an der Leistungsgrenze
- Es ist ein politisches Problem
- Pensionsverpflichtungen sind schuld
- Krankenhausfinanzierung ist schuld“[452]

Die Unsicherheiten der Umstellung auf das DRG-System und die schlechten GeNo-Jahresabschlüsse 2006 und 2007 (in denen sich, zumindest in 2006, nicht zuletzt auch die Kosten des betrügerischen Agierens des kaufmännischen Geschäftsführers Bremen-Ost, Lindner, niederschlugen)[453] boten nach Auffassung mindestens der GeNo-Geschäftsführung die Chance, diese Unbeweglichkeit zu zerschlagen. Das Tempo der Sanierung und des Personalabbaus, die Inszenierung als Schock-Strategie, war insofern auch Selbstzweck.

> „Schockierte Gesellschaften (geben) oft Dinge auf, die sie ansonsten vehement verteidigen würden (…) Die Anhänger der Schock-Strategie sind davon überzeugt, dass nur ein großer Umbruch (…) ihnen die riesige saubere Leinwand liefern kann, nach der sie sich sehnen.“[454]

---

[449] Monatsgespräche Konzernbetriebsrat mit GF GeNo, September 2010, TOP 6 Einstellungskorridor ergänzt um das Thema Personalakquise und Personalentwicklung, Band 184, S. 113

[450] Ergebnisse der Personalbedarfsermittlung (KPMG), Vorlage für die AR-Sitzung GeNo 21.09.2009, Band 60, S. 50

[451] Protokoll der Hygienekommission vom 4.12.2008, Band 24, S. 461

[452] Vertrauliche Informationen für PwC, Hansen 11.08.2008, Band 118, S. 90

[453] Bericht des Parlamentarischen Untersuchungsausschusses “Klinikverbund”, S. 12

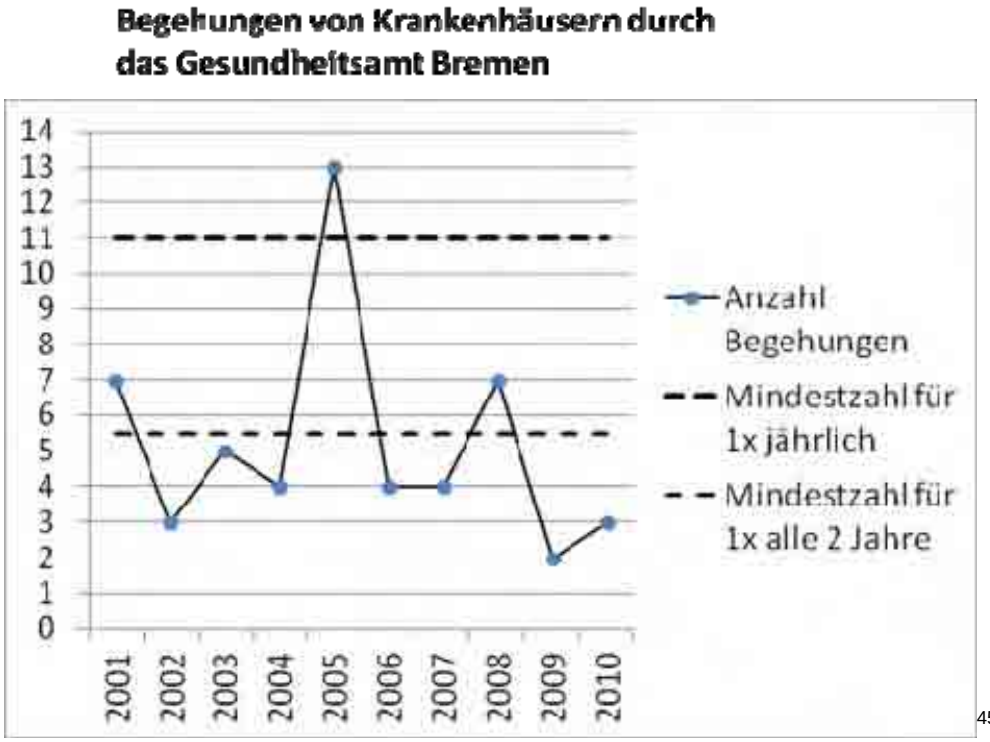
[454] Naomi Klein, Die Schock-Strategie, Frankfurt/Main 2007, S. 32 und 37

2. Unzureichende staatliche Gesundheitsaufsicht

2.1. Gesundheitsamt

2.1.1. Unzureichende Krankenhaus-Begehungen durch das Gesundheitsamt

Der Feststellung des Mehrheitsberichts, dass die Zahl der Krankenhausbegehungen durch das Gesundheitsamt Bremen „in den zurückliegenden Jahren auf ein nicht akzeptables Maß gesunken“ ist, wird geteilt. In der Stadtgemeinde Bremen gibt es 11 Krankenhäuser. Um jedes mindestens einmal jährlich zu überprüfen, müsste das Gesundheitsamt jährlich mindestens 11 Krankenhausbegehungen durchführen. Diese Zahl von Begehungen hat das Gesundheitsamt in den letzten 10 Jahren nur einmal, im Jahr 2005, erreicht.



[455]

Nach Aussage des Zeugen Tim Eckmanns ist die unzureichende Anzahl von Krankenhaus-Begehungen durch Gesundheitsämter ein bundesweites Phänomen, das direkt auf den Personalabbau im öffentlichen Dienst zurückgeht.

> „Mich überrascht das nicht so! Ich weiß, dass das der Zustand ist. Wir sind aber auch immer wieder dabei, darauf aufmerksam zu machen, dass die Gesundheitsämter eine bessere personelle Ausstattung benötigen. Dann kommen wir immer wieder in den alten Konflikt, den wir überall in Deutschland haben. Wir brauchen auch in der Jugendhilfe, wir brauchen überall mehr Leute, aber der öffentliche Bereich wird abgebaut. Das ist, finde ich, jetzt fast schon ein generelles politisches Statement, das Sie von mir hier erwarten.“[456]

Beim Gesundheitsamt gab es keine MitarbeiterInnen, die nur für die Krankenhäuser zuständig gewesen wären. Die Krankenhaus-Begehungen waren Teil der Begehung aller

[455] Leistungsberichte des Gesundheitsamts Bremen, Band 41 S. 40, Band 42 S. 3, Band 42 S. 77, Band 43 S. 388.
[456] Tim Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Anhörung 25-.3539

medizinischen Einrichtungen. 2010 wurden 78 Alten- und Pflegeheime, 39 sonstige Einrichtungen, 6 Labore und 5 Arztpraxen begangen, insgesamt 137 Begehungen.

Kritisch ist aber nicht nur die geringer Zahl der Krankenhaus-Begehungen zu bewerten, sondern auch deren **geringe Tiefe.** In der Regel handelte es sich um eintägige Begehungen auf einer jeweils ausgewählten Station, schon zur Nachkontrolle fehlte oft die Zeit.

[457]

Man muss sich die Dimension klarmachen: Ein **Kleinwagen** wird alle 2 Jahre vom TÜV inspiziert. Festgestellte Mängel müssen beseitigt werden, damit das Fahrzeug wieder in den Straßenverkehr darf. Ein **Krankenhaus** mit seinen dutzenden Abteilungen und Stationen und hochkomplexen Abläufen lässt sich kaum an einem Tag ernsthaft in seinem Hygieneverhalten überprüfen. Viele Mängel wurden immer wieder festgestellt, was den Weiterbetrieb nicht verhindert.

Im Mehrheitsbericht wird darauf hingewiesen, dass Krankenhaus-Überprüfungen **in den Niederlanden bis zu 14 Tagen** in Anspruch nehmen können. Auch eine Steuerprüfung durch das Finanzamt kann in Deutschland mehrere Tage dauern, wenn eine große Firma überprüft wird. Angesichts der Bedeutung der Krankenhäuser für die öffentliche Gesundheitsversorgung und der Komplexität der Infektionsprävention kann daher die stichprobenartige, punktuelle Inaugenscheinnahme, wie sie durch das Gesundheitsamt Bremen in den letzten 10 Jahren durchgeführt wurde, in keiner Weise ausreichen.

[457] Fotos: Wikicommons, Fiat Punto: Corvettec6r, Charité: Raimond Spekking

2.1.2. Rechte des Gesundheitsamts

Dem Gesundheitsamt obliegt laut dem Bremischen Gesundheitsdienstgesetz (ÖGDG) die Überwachung der „Einhaltung der Anforderungen der Hygiene in Einrichtungen, bei denen aufgrund der vorliegenden Erkenntnisse ein besonderes Hygienerisiko besteht.“ Dabei „wirken die Gesundheitsämter auch auf die Herstellung von strukturellen, organisatorischen und personellen Voraussetzungen für hygienisches Handeln hin“. Nach § 22 Gesundheitsdienstgesetz Bremen (ÖGDG) „(nehmen) die Gesundheitsämter [gemeint ist Bremen und Bremerhaven] die Aufgaben der Infektionshygiene wahr.“ Dazu gehören „Aufklärung, Beratung, Verhütung und Eingrenzung von übertragbaren Krankheiten“ auch „in Gemeinschaftseinrichtungen“.

Das Gesundheitsamt hat dabei **weitreichende Rechte** – es kann jederzeit Räume betreten, auch außerhalb der Geschäftszeiten, Proben entnehmen, Unterlagen einsehen und kopieren, Befragungen durchführen, die nur durch § 55 StPO begrenzt sind. Es kann auch „vorläufige Anordnungen“ treffen, von denen die senatorische Behörde zu unterrichten ist, die sie übernehmen oder aufheben kann.

Die Möglichkeiten des Gesundheitsamtes sind in ihrem Umfang denen eines Untersuchungsausschusses zu vergleichen, was die Prüfung anlangt. Ebenso kann das Gesundheitsamt eine Stationsschließung oder einen Aufnahmestopp jederzeit vorläufig anordnen. Auch eine Aufklärung der epidemiologischen Zusammenhänge etc. hätte jederzeit vom GAB betrieben werden können.

Diesen umfassenden Auftrag konnte das Gesundheitsamt mit den vorhandenen Kapazitäten nicht erfüllen. Es ist daher notwendig, das Gesundheitsamt durch einen entsprechenden Personalaufbau in die Lage zu versetzen, seinem Auftrag nach ÖDGD nachzukommen.

2.1.3. Unzureichende Reaktion auf Warnhinweise

Der Missstand unzureichender Krankenhaus-Begehungen war dem Gesundheitsamt und dem senatorischen Behörde **bewusst**. Matthias Christelsohn, Mitarbeiter sowohl bei der senatorischen Behörde als auch beim Gesundheitsamt Bremen, vermerkte zur Zahl der Krankenhaus-Begehungen handschriftlich im Bericht des Gesundheitsamts: „sehr, sehr mau!“[458] In einer Mail von Christelsohn an den Referatsleiter Götz vom **7.Juni 2011** zum Leistungsbericht 2010 [gemeint ist 2009] des GAB heißt es:

> „Hinsichtlich der Begehungen speziell der medizinischen Einrichtungen wiederhole ich meine Bedenken, die ich bereits zum Leistungsbericht 2009 [gemeint ist 2008] deutlich gemacht habe. M.E. wird der Begehung der KH im brem. Stadtgebiet nicht ausreichend Aufmerksamkeit geschenkt. (…) halte ich es für wichtig, dass die KH jährlich einmal begangen werden. Ich glaube, dass eine derartige Praxis auch die Tätigkeit der Hygienefachkräfte, die es gegenüber der KH-Leitungsebene nicht immer so einfach haben, unterstützten würde.“[459]

Götz übernahm das, in abgeschwächter Form, in seinen Kommentar zum GAB-Bericht, den er am 25.6.2010 an Wolfgang Wilhelm, Referat für Rechtsangelegenheiten, schickte.[460] Wolfgang Dullin, Abteilungsleiter beim Gesundheitsamt (Leitung Abt. 3 Gesundheit und

[458] Band 43, S. 356
[459] Band 43, S. 341
[460] Band 43, S. 336

Umwelt) schrieb am 3.6.2010 „Vorbemerkungen zum Leistungsbericht 2009 der Abteilung 3 des GAB“. Darin heißt es:

> „… sind die Zahlen für die hygienische Überwachung medizinischer und anderer hygienisch relevanter Einrichtungen um etwa 40 % auf den niedrigsten Stand der letzten 5 Jahre gesunken.“[461]

Konsequenzen daraus wurden jedoch weder von der Leitung des Gesundheitsamts noch vom Ressort gezogen.

Wie viele Akten zeigen, war das Gesundheitsamt sehr engagiert in Sachen MRSA (multiresistente Staphylokken[462]). Das Aufkommen der ESBL-Bildner[463], die seit 2009 bundesweit verstärkt auftreten, wurde dagegen mit keiner besonderen Aufmerksamkeit verfolgt. Auf die zunehmende Bedeutung der ESBL-Bildner wurde z.B. in der Erreger- und Resistenzstatistik des Bundes 2009 hingewiesen (was in der Hygienekommission des KBM vorgestellt wurde).[464] Diese Entwicklung ging am Gesundheitsamt vorbei.

Im August 2010 gab es den Infektionsskandal an der Frühgeborenen-Station in Mainz. Im Januar 2011 stellte die Landesregierung NRW ihren „Aktionsplan Hygiene“ vor. Am 31.08. und 1.09.2011 starben drei Frühgeborene an der Klinik in Siegen. Keines dieser Ereignisse hat im Gesundheitsamt und im Ressort irgendwelche dokumentierten Aktivitäten ausgelöst.

2.2. Senatorische Behörde

2.2.1. Eingriffsmöglichkeiten gegenüber den kommunalen Kliniken

Dem Senat obliegt die fachliche Steuerung und Aufsicht der kommunalen Kliniken. Dies ergibt sich aus seiner Funktion als Eigentümer und gilt gegenüber allen Gesellschaften, bei denen er Allein- oder Mehrheitseigentümer ist.

Die Geschäftsführung in GmbHs trägt die Verantwortung für das operative Geschäft innerhalb der Vorgaben der Gesellschafter. Das Weisungsrecht des Mehrheitsgesellschafters ist unbeschränkt, er kann alle Entscheidungen durch Weisungen an sich ziehen.

> „Die Geschäftsführer sind der Gesellschaft gegenüber verpflichtet, die Beschränkungen einzuhalten, welche (…) durch den Gesellschaftsvertrag oder (…) durch die Beschlüsse der Gesellschafter festgesetzt sind.“[465]

> „Die Gesellschafterversammlung (kann) auch die Entscheidungen über gewöhnlichen Routinefragen des Tagesgeschäfts an sich ziehen. Es gilt somit das Prinzip, dass die

---

[461] Band 43, S. 288

[462] Ursprünglich stand MRSA für Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus, daneben wurde auch die Bezeichnung ORSA für Oxacillin-resistenter Staphylococcus aureus verwendet, Heute wird in der Regel nur noch von MRSA gesprochen, als Synonym für Multiresistenter Staphylococcus aureus, d.h. generell für Stapholokokken mit Antibiotika-Resistenz.

[463] ESBL = Extended Spectrum Beta-Laktamase, ein Enzym, das Bakterien in die Lage setzt eine großes Spektrum von Antibiotika zu neutralisieren. Das Enzym sitzt auf sogenannten Plasmiden, die zwischen Bakterien ausgetauscht werden können, sogar zwischen verschiedenen Arten von Bakterien. ESBL tritt bei gramnegativen Bakterien auf, hauptsächlich bei E.coli und Klebsiellen.

[464] Protokolle der Hygienekommission KBM, Protokoll vom 11.03.2010, Band 24, S. 357

[465] GmbH-Gesetz § 37 Abs. 1, http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/gmbhg/gesamt.pdf

> Gesellschafter die Herren der Gesellschaft sind.“[466] Ruter/Schuhknecht, Das Weisungsrecht der Kommunen in Baden-Württemberg]

Dies ist wird auch im **„Public Corporate Governance Kodex der Freien Hansestadt Bremen“** betont, den der Senat am 16.01.2007 beschlossen hat.

> „Die Gesellschafterversammlung ist das oberste Organ der Gesellschaft (…) Weitere grundsätzliche Rechte und Kompetenzen [der Gesellschafterversammlung] sind die Weisungsbefugnis gegenüber der Geschäftsführung, die Überwachung der Geschäftsführung sowie die Gestaltung des Verhältnisses zum Aufsichtsrat.“[467]

Im **Handbuch Beteiligungsmanagement** der FHB werden als Instrumente der Zielsteuerung gegenüber der Beteiligungsgesellschaft aufgelistet:

> „Die zu wählende Form der Zielsteuerung richtet sich nach den Anforderungen des Einzelfalls. Folgendes Instrumentarium steht flexibel zur Verfügung:
> - Kontrakte
> - Tantiemenvereinbarungen
> - Geschäftsbesorgungs-/Leistungsverträge
> - Zuwendungsverträge/-bescheide
> - Gesellschafteranweisungen.“[468]

Auch die GeNo hat 2008 und 2009 eine sogenannte **Entsprechungserklärung** abgegeben, dass der Public Corporate Governance Kodex der FHB von ihr erfüllt wird.[469]

Das Weisungsrecht des Gesellschafters erstreckt sich auf Gesellschaften, die nicht direkt, sondern indirekt im Besitz des Eigentümers sind.

> „Bei Töchter- und Enkelgesellschaften sollten die wesentlichen Beschlüsse der Gesellschafterversammlung die Zustimmung der Gesellschafterversammlung der Mutter voraussetzen.“[470]

Der Senat war in seinen Steuerungsmöglichkeiten gegenüber der GeNo und dem KBM in keiner Weise durch die Gesellschaftsform eingeschränkt oder daran gehindert, unmittelbar Einfluss auf jede Entscheidung zu nehmen.

2.2.2. Der Mythos von der verschwundenen Fachaufsicht

Die senatorische Behörde versuchte gegenüber dem Ausschuss den Eindruck zu erwecken, sie hätte keine rechtlichen Möglichkeiten, auf die Entscheidungen des KBM und der GeNo unmittelbar Einfluss zu nehmen. Dies hält der Überprüfung in keiner Weise stand.

Um diesen Eindruck zu erzielen, wurden von der senatorischen Behörde der Begriff der Fachaufsicht bemüht, die gegenüber Gesellschaften nicht bestünde, sowie der Verweis auf

---

[466] Ruter/Schuhknecht, Das Weisungsrecht der Kommunen in Baden-Württemberg, S. 2, http://www.ruter.de/downloads/das_weisungsrecht_der_kommunen_in_ba-wue_12.1995_.pdf
[467] Public Corporate Governance Kodex der Freien Hansestadt Bremen, S. 2, http://www.rathaus.bremen.de/sixcms/media.php/13/Public_Corporate_Governance_Kodex.pdf
[468] Handbuch Beteiligungsmanagement, Nr. 26, Fach 1 S. 14, http://www.finanzen.bremen.de/sixcms/media.php/13/Handbuch_Beteiligungsmanagement_2008.pdf
[469] http://www.finanzen.bremen.de/sixcms/media.php/13/2009-10-30%20Entsprechenserklaerung%202008.pdf
[470] Public Corporate Governance Kodex der FHB, S. 2

das Aktienrecht. Bei beidem handelt es sich um eine Nebelbombe, die von der Verantwortung des Senats für seine Gesellschaften ablenken soll.

Fachaufsicht ist ein Begriff, der innerhalb der öffentlichen Verwaltung gebraucht wird. Inhalt des Begriffs ist das **inhaltliche Weisungsrecht** gegenüber einer nachgeordneten Dienststelle oder Institution. Während sich die Rechtsaufsicht nur auf die Überprüfung der Rechtmäßigkeit des nachgeordneten Verwaltungshandelns richtet, richtet sich die Fachaufsicht auch auf die inhaltliche Zweckmäßigkeit dieses Handelns.

> „Die Fachaufsicht ist umfassend. Sie bezieht sich nicht nur auf die Rechtmäßigkeit, sondern auch auf die Zweckmäßigkeit, Ratsamkeit oder politische Opportunität des beaufsichtigten Verwaltungshandelns.“[471]

So hat die öffentliche Hand etwa gegenüber einem Zuwendungsempfänger nur eine Rechtsaufsicht, aber keine Fachaufsicht, d.h. sie kann in dessen inhaltliche Entscheidungen nicht direkt eingreifen – im Unterschied zu einer Verwaltungsstelle oder einer Beteiligungsgesellschaft. Im Erneuerbare-Energien-Gesetz ist beispielsweise unter dem Begriff Fachaufsicht geklärt, welches Ressort zuständig für die inhaltliche Steuerung ist:

> „Soweit Bundesbehörden Aufgaben nach diesem Gesetz wahrnehmen, unterliegen sie der Fachaufsicht des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit. Dies gilt nicht für die Fachaufsicht über die Bundesnetzagentur.“[472]

Für die Steuerung im Rahmen der Fachaufsicht steht ein breites Spektrum von Instrumenten zur Verfügung, von Zielvereinbarungen bis zur direkten Weisung.

> „Weisungen und Erlasse sind das „klassische“ Instrument einer hierarchischen Aufsicht. Weisungen/Erlasse und Zielvereinbarungen schließen sich nicht gegenseitig aus, sondern ergänzen sich. Sämtliche Weisungsbefugnisse der Ministerien bestehen auch bei Abschluss einer Zielvereinbarung weiter.“[473]

Die Fachaufsicht bezeichnet also innerhalb der öffentlichen Verwaltung nichts anderes als das inhaltliche Weisungsrecht, wie es auch der Eigentümer der GmbH gegenüber der Geschäftsführung und allen Entscheidungen der Gesellschaft hat.

Genau so stellte der ehemalige Staatsrat auch die Steuerung der kommunalen Kliniken durch die senatorische Behörde dar.

> „Eine Gesellschafteranweisung machen Sie gegenüber einer Geschäftsführung dann, wenn die Geschäftsführung nicht bereit ist, in ihrer eigenen rechtlichen Verantwortung als Geschäftsführung den Erwartungen des Trägers zu entsprechen, da machen sie eine Geschäftsführeranweisung. Die Notwendigkeit für eine solche Geschäftsführeranweisung hat es in meinem Zeitraum nicht gegeben.“[474]

---

[471] Christian Jock: Fachaufsicht im Spannungsfeld zwischen Regeleinhaltung und strategischer Steuerung, Wissenschaftliche Dokumentations- und Transferstelle für Verwaltungsmodernisierung in den Ländern, 2009, S. 8, http://www.evk2012.de/pdf/evk2009_jock_fachaufsicht.pdf; Bundesministerium des Inneren: Grundsätze zur Ausübung der Fachaufsicht der Bundesministerien über den Geschäftsbereiche, 2008, S.1, http://www.olev.de/f/DE-Bund_Fachaufsicht_grundsaetze_ausuebung_2008-05-02.pdf

[472] EEG-Gesetz, § 63 Fachaufsicht, http://dejure.org/gesetze/EEG/63.html

[473] BMI, Grundsätze zur Ausübung der Fachaufsicht, S. 4

[474] Hermann Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung 33-4875

In den Anhörungen wurde vom ehemaligen Staatsrat zunächst **bejaht**, dass die Fachaufsicht über die kommunalen Kliniken vom Staatsrat für Gesundheit wahrgenommen wird.[475]

> „Abg. Fecker: Die Frage der Fachaufsicht!
>
> Zeuge Dr. Schulte-Sasse: Ja, wer macht die?
>
> Abg. Fecker: Wenn Sie einmal nicht da sind!
>
> Zeuge Dr. Schulte-Sasse: Dann ruft man mich an, und dann mache ich sie auch.“[476]

Seitens der Senatorin wurde dagegen **bestritten**, dass es eine Fachaufsicht gegenüber den kommunalen Kliniken gebe.

> „Hier verkennt der Verfasser, dass weder die senatorische Behörde noch ich persönlich als Vorsitzende des Aufsichtsrats eine Fachaufsicht über die Krankenhäuser oder den Klinikverbund haben. Die Krankenhäuser sind nach ihrer Überführung in gGmbHs der unmittelbaren Zuständigkeit des Gesundheitsressorts entzogen worden.“[477]
>
> „Denn eines ist klar, ich habe die Fachaufsicht nicht.“[478]
>
> „Eine Fachaufsicht lässt sich nicht darstellen. (…) Das schließen das GmbH-Recht und das Aktienrecht aus.“[479]

Dem schloss sich dann auch der ehemalige Staatsrat an. Hintergrund war das Gutachten des Gutachters der Staatsanwaltschaft, Walter Popp, der sich auf die Verantwortung des Senats für das Handeln der Klinik bezogen und dabei den Aspekt der Fachaufsicht herangezogen hatte.

> „Wenn es um die Kliniken geht, ist Folgendes zu beachten: Bis zum Jahr 2004 waren die Kliniken nachgeordnete Einrichtungen der Gesundheitsbehörde. Sie unterstanden damit als Teil der Gesundheitsbehörde der unmittelbaren Rechts- und Fachaufsicht der Behörde. Im Jahr 2004 sind die Kliniken aus diesem Status entlassen und in eine privatrechtlich organisierte GmbH überführt worden. Seit dem Jahr 2004 besteht nur noch eine Rechtsaufsicht der Behörde gegenüber den Kliniken, aber keine Fachaufsicht.“[480]
>
> „Da befasst sich der Gutachter mit der Frage: Hätte die Behörde sich mit dem Problem der Lage in den Kliniken angemessen befassen müssen? Seine Antwort ist Ja. Ich habe eben schon darauf hingewiesen, es betrifft seine falsche Annahme einer fachaufsichtlichen Funktion gegenüber den Krankenhäusern.“[481]

Richtig ist, dass der Aufsichtsrat einer Gesellschaft kein derartiges Weisungsrecht hat, wie es dem Gesellschafter zukommt. Auch der Aufsichtsrat hat jedoch weitreichende Befugnisse. So kann er jederzeit beschließen, dass bestimmte konkrete Maßnahmen seines Einverständnisses bedürfen.

---

[475] Hermann Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung 19-2665
[476] Hermann Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung 19-2667
[477] Renate Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Anhörung 34-4953
[478] Renate Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Anhörung 31-4619
[479] Renate Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Anhörung 31-4622
[480] Hermann Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung 33-4837
[481] Hermann Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung 33-4844

> „Maßnahmen der Geschäftsführung können dem Aufsichtsrat nicht übertragen werden. Die Satzung oder der Aufsichtsrat hat jedoch zu bestimmen, dass bestimmte Arten von Geschäften nur mit seiner Zustimmung vorgenommen werden dürfen.“[482]

Der Senat hatte somit sowohl in seiner Eigenschaft als Gesellschafter, als auch durch die Vorsitzfunktion im Aufsichtsrat der GeNo weitreichende Befugnisse, die Gesellschaft direkt zu steuern. Da der Geschäftsführung der GeNo wiederum direkte Eingriffsrechte in die Gesellschaften der einzelnen Kliniken vorbehalten waren (und ohnehin das Gesellschafterrecht der „Mutter“ auch die „Töchter“ und „Enkelgesellschaften“ erfasst), hatte der Senat die Möglichkeit der fachlichen Steuerung auch ins KBM hinein.

Begrenzt wurde die fachliche Steuerungsmöglichkeit der senatorischen Behörde durch die Beschlusslagen des Senats. Diesen kommt im Rahmen des kommunalen Beteiligungsmanagement Vorrang zu. **Die Passivität der senatorischen Behörde bei der Steuerung der GeNo wurde von der Senatorin letztlich mit dem Primat der Sanierungsbeschlüsse des Senats erklärt.**

> „Abg. Frau Bernhard: (…) Es ist die gängige Rechtsauffassung, dass es in der GmbH Weisungsrechte der Gesellschafter gegenüber der Geschäftsführung gibt. (…) Ist es Ihrer Meinung nach der Stadtgemeinde als Alleingesellschafter unmöglich, der GeNo-Geschäftsführung Weisungen zu erteilen?
>
> Zeugin Senatorin Jürgens-Pieper: Selbstverständlich gibt es das Instrument der Gesellschafteranweisungen (…) Gesellschafterin ist für die Freie Hansestadt Bremen die Finanzsenatorin. Sie würde sich im Zweifelsfall natürlich fachlich vom Fachressort beraten lassen, wenn es Gesellschafteranweisungen geben würde. Da wir im Senat einen Sanierungskurs beschlossen haben - Herr Dr. Schulte-Sasse hat Ihnen dazu bestimmt auch einiges vorgetragen - und damit letztlich ein Ziel vorgegeben haben, auch im Hinblick auf wirtschaftliches Arbeiten, glaube ich nicht, dass wir uns als Gesellschafter zu einer Anweisung an das Krankenhaus verständigen könnten.“[483]

Der Leiter des Beteiligungsmanagements verwies auf eine weitere Beschränkung der fachlichen Steuerungsfähigkeit des Ressorts, nämlich die Tatsache, **dass die senatorische Behörde für eine effektive fachliche Steuerung der kommunalen Kliniken keine ausreichenden personellen Kapazitäten vorhielt.**

> „Um dem nachzugehen, müsste man mitten ins Krankenhausgeschehen, und dann wäre man mitten im operativen Geschäft, und dafür, muss ich sagen, sind auch die Geschäftsführungen da, dafür werden sie auch bezahlt. Sonst könnten wir als Ressort ja gleich operatives Geschäft machen. Das können Sie auch nachvollziehen, bei dem Themenspektrum kann man es mit zwei, drei Leuten nicht machen.“[484]

2.2.3. Fachpolitische Steuerung im Ressort

Bei der fachpolitischen Steuerung der kommunalen Kliniken wurde die Fachabteilung in der senatorischen Behörde weitgehend ausgeschlossen. Die Steuerung erfolgte fast ausschließlich über das Referat Beteiligungsmanagement.

---

[482] Aktiengesetz § 111 Abs. 4, http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/aktg/gesamt.pdf
[483] Renate Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Anhörung 34-5008 f.
[484] Helmut Gottwald, Protokoll der öffentlichen Anhörung 17-2423

„Die Fachabteilung wurde aus bestimmten Themen, ich denke, das war politisch auch so gewollt, herausgehalten.“[485]

„(…) eine Aufsichtsfunktion, wie sie früher bestand, ist nach der Neuordnung, die aus dem Untersuchungsausschuss herausgekommen ist, aus der Abteilung 4 herausgenommen worden.“[486]

Die Steuerung der kommunalen Kliniken erfolgte dadurch nicht unter dem Primat der Gesundheitsfürsorge, sondern unter dem Privat der Betriebswirtschaft.

„Im Rahmen des Beteiligungscontrollings liegt in der Tat der Schwerpunkt eher darauf, ob der Personalabbau erreicht wird. Das ist auch das, was beispielsweise dann im Haushalts- und Finanzausschuss oder in den Gremien nachgefragt wird.“[487]

So lösten z.B. die Ergebnisse der „Personalbedarfsermittlung“ durch KPMG folgenden Mailwechsel im Beteiligungsmanagement aus:

„Schau dir mal die KMPG-Ergebnisse an (…) Geht der Abbaubedarf über den geplanten Abbau hinaus? (Ich) würde sagen ja, zumindest bei der Pflege, die danach immer noch überbesetzt war, oder?“[488]

„Im Prinzip beschreibt die Vorlage die Bedarfsermittlung in 2008 und belegt, dass in 2008 zuviel Personal vorhanden war. Der Personalabbau/Sanierungsvorhaben wird damit nochmals bestätigt.“[489]

Die fachpolitische Aufsicht und Steuerung der senatorischen Behörde gegenüber den kommunalen Kliniken verstand sich selbst als eine Sanierungsaufsicht. Diese Zielhierarchie kam auch in der strukturellen Zuständigkeit im Ressort zum Ausdruck, mit der die Steuerung der kommunalen Kliniken der Fachabteilung weitgehend entzogen wurde. Die einseitige und unzureichende fachpolitische Steuerung der Kliniken war das Ergebnis einer bewussten politischen Entscheidung durch die Senate der 16. und 17. Legislaturperiode.

2.3. Parlamentarische Kontrolle

Als Instrument der parlamentarischen Kontrolle wurde, auf Empfehlung des Untersuchungsausschusses „Klinikverbund“, ein **Krankenhausausschuss** eingerichtet.

„Abg. Fecker: Sie haben vorhin ausgeführt, dass sich die Politik aus den Aufsichtsräten verabschiedet hatte und dass Sie das aus fachlicher Sicht auch begrüßt haben. Können Sie dem Ausschuss bitte darstellen, wie die Kontrolle der GeNo durch die Politik, durch die Abgeordneten stattgefunden hat, welche Formen es gab und wie Sie sie wahrgenommen haben?

Zeuge Dr. Schulte-Sasse: Dafür gab es zwei Gremien, einmal den Haushalts- und Finanzausschuss und dann den Krankenhausausschuss. (…) Wir haben jetzt hier einen Krankenhausausschuss gehabt, der sich dann ja noch einmal geteilt hat in Landeskrankenhausausschuss und Krankenhausausschuss für die GeNo - Krankenhausausschuss Stadt, ja, aber meistens GeNo, mit Leidenschaft meistens GeNo

[485] Helmut Gottwald, Protokoll der öffentlichen Anhörung 17-2425
[486] Matthias Gruhl, Protokoll der öffentlichen Anhörung 14-1931
[487] Helmut Gottwald, Protokoll der öffentlichen Anhörung 17-2406
[488] Mail Helmut Gottwald an Petra Borgmann-Görtz vom 01.09.2010, Band 60, S. 83
[489] Mail Petra Borgmann-Görtz an Helmut Gottwald vom 01.09.2010, Band 60, S. 83

-, und das kann man ja so machen, aber der verleitet dann natürlich auch zu Diskussionen, die der GeNo nicht immer guttun.

Abg. Fecker: Das heißt aber, dass alle politischen Kräfte die Gelegenheit hatten, auch wenn sie nicht beim Aufsichtsrat der GeNo vertreten waren, Fragen zu stellen, Fragen beantwortet zu bekommen und auch über das aktuelle Geschehen und die Entwicklung der GeNo informiert zu werden.

Zeuge Dr. Schulte-Sasse: Natürlich! Ich muss auch persönlich sagen, der Krankenhausausschuss war mir einer der liebsten.“[490]

„Vorsitzende: Ist (…) konkret für die kommunalen Kliniken oder durch die senatorische Behörde oder die GeNo überprüft worden, ob eine Personalreduktion mit den Anforderungen des jeweiligen Klinikbetriebs in Einklang zu bringen ist? Wie ist diese Überprüfung gegebenenfalls erfolgt, und zu welchen Ergebnissen ist sie gekommen?

Zeuge Dr. Schulte-Sasse: Das war eine große Debatte, die uns sowohl in der Behörde, in den Gesprächen mit den Betriebsräten und den Geschäftsführungen, als auch im damaligen Krankenhausausschuss intensiv beschäftigt hat.“[491]

Der Untersuchungsausschuss hat sich mit der Wirksamkeit des Krankenhausausschusses für die parlamentarische Kontrolle des kommunalen Klinikverbunds **nicht befasst**. Er ist in den Akten und in den Anhörungen aber auch keinen Spuren einer solchen Wirksamkeit begegnet. Wie die parlamentarische Kontrolle über die kommunalen Kliniken gestärkt werden kann und welcher Formen es dazu bedarf, ist daher eine eigenständige Diskussion, für die der Untersuchungsausschuss keine Ergebnisse vorlegen kann. Dass es einer **Stärkung auch der parlamentarischen Kontrolle bedarf**, drängt sich aus den Ergebnissen des Ausschusses jedoch auf.

[490] Hermann Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung 19-2676 f.
[491] Hermann Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung 19-2632

3. Organisierte Verantwortungslosigkeit

3.1. Verunklarung durch Zentrenkonzept

Im RKI-Bericht wie im Stauch-Bericht findet sich die Feststellung, die pädiatrische Versorgung sei am Klinikum Bremen-Mitte im „Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin“ angesiedelt.[492] Auch auf der Website der GeNo findet sich bis heute der Hinweis, die Professor-Hess-Kinderklinik sei „Teil des Zentrums für Kinderheilkunde und Jugendmedizin“, das wiederum Teil des KBM sei.[493] In den Anhörungen und den Akten kommt das „Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin“ dagegen nirgends vor, operativen Gehalt scheint es nicht gehabt zu haben.

Mit dem „Medizinischen Zukunftskonzept“ wurden 2009 insgesamt 11 Zentren eingeführt, von denen 3 als „standortübergreifende Zentren“ geplant waren (Eltern-Kind-Zentrum, Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik sowie Zentrum für Anästhesiologie und OP-Management). Die eingesetzten Zentrumsleitungen sollten auch für die „ökonomische Sicherstellung des Leistungsangebots verantwortlich“ sein.[494] Zu ihren Aufgaben gehörte die „Einhaltung der Gesamt-Vorgabe der Personalkosten / VK des Zentrums“.[495]

Das Zentrenkonzept trug stark zur Verunklarung von Verantwortlichkeiten bei. Die Verantwortung für Personalplanung und Personaleinsatz lag einerseits bei den Geschäftsführungen der vier Krankenhäuser, andererseits bei den 3 standortübergreifenden Zentrumsleitungen, letztlich aber auch bei den klassischen Einzelkliniken. Am 24.06.2011 wurde im Aufsichtsrat KBM berichtet, dass die beiden kommissarischen Zentrumsleitungen Eltern-Kind und Innere Medizin die Leitungsfunktion abgeben wollten. Am 02.09.2011 wurde im Aufsichtsrat mitgeteilt, dass beide Zentren zum 01.10.2011 eine neue Leitung erhalten sollten.[496] Aktuell ist keine Zentrumsleitung mehr besetzt.

Das Zentrenkonzept verstärkte durch die Überschneidung von Verantwortlichkeiten, die aber alle auch unter dem Vorbehalt der Zustimmung der GeNo-Geschäftsführung zu Stellenbesetzungen standen, die letztlich einzig entscheidende Position des GeNo-Geschäftsführers.

> „Wenn man im Einzelfall das Gefühl hatte, es funktioniert nicht, dann hat man sich auch an Herrn Hansen gewandt.“[497]

3.2. Eingliederung der Neonatologie in die Kinderklinik

Die Klinik für Neonatologie wurde 1986 eingerichtet. Nach dem Ausscheiden von Klaus Albrecht als Leiter der Klinik für Neonatologie wurde zuerst ein Nachfolger gesucht. Als der bereits ausgewählte zukünftige Klinikchef absagte, übernahm 2006 Hans-Iko Huppertz, der

---

[492] Band 50, S. 10; Band 16, S. 9

[493] http://www.gesundheitnord.de/krankenhaeuserundzentren/krankenhaeuser/kbm/klinikum-bremen-mitte/profhesskinderklinik.html

[494] Vorlage für die AR-Sitzung GeNo am 22.06.2009, TOP 7 Medizinisches Zukunftskonzept, Band 60, S. 3 f.

[495] Grundlagen zur Personalplanung 2011 am KBM, Band 60, S. 170

[496] Band 60, S. 205 f.

[497] Wolfgang Marg, Protokoll der öffentlichen Anhörung 13-1661

Leiter der Professor-Hess-Kinderklinik am KBM, auf Angebot der Geschäftsführung hin auch die Leitung der Neonatologie-Klinik.

Diese organisatorische Entscheidung, mit der ein Provisorium (die kommissarische Leitung der Neonatologie-Klinik durch den Leiter der Kinderklinik) in einen Dauerzustand überführt wurde (die faktische Zusammenlegung beider Kliniken), hat sich letztlich negativ für die Qualität der Frühgeborenen-Behandlung in der Neonatologie-Klinik ausgewirkt. Wie in den Kapiteln zu Personalbesetzung und Reinigung gezeigt, war die Neonatologie in der Folge systematisch schlechter gestellt als die pädiatrische Intensivstation in der Kinderklinik. In den Unterlagen und in den Anhörungen wurde immer wieder von der Station 4028 als „der Intensivstation“ gesprochen, während die spezifischen Anforderungen der neonatologischen Intensivstation als eher geringer angesehen wurden.

Die spezifischen Anforderungen der Neonatologie an den Pflegeschlüssel wurden von der gemeinsamen Klinikleitung nicht vertreten. In den Auseinandersetzungen um die Personalreduzierung durch die KPMG-Erhebung wurde von der Leitung ausschließlich die ärztliche Personalausstattung als problematisch thematisiert, niemals die pflegerische. Während die pädiatrische Intensivstation (die 4028) in ihrem Einarbeitungskonzept an prominenter Stelle von sich sagte:

> „Wir pflegen im Verhältnis von ein bis drei Patienten pro Pflegenden.“[498]

hatte dies für die neonatologische Intensivstation (die 4027) schon lange keinen Bestand mehr.

3.3. Zentralisierung und Versorgungsauftrag

Mit der Zentralisierung der Frühgeborenen-Behandlung am Standort Mitte und dem Aufgeben der Standorte Nord und Links der Weser entstand eine Situation, in der eine Schließung der Frühgeborenen-Station in Mitte oder auch nur ein Aufnahmestopp dazu führte, dass es keinen alternativen Behandlungsort im Stadtgebiet mehr gab. Dieser Aspekt hat in den Auseinandersetzungen um Meldung, Aufnahmestopp, Schließung und Wiedereröffnung eine wesentliche Rolle gespielt und wurde von der Leitung der Kinderklinik wie auch von der KBM-Leitung wiederholt vorgetragen. Die Zentralisierung erzeugte so einen objektiven Druck, der gegen einen schnellen Aufnahmestopp oder eine Schließung im Fall eines Ausbruchs wirkte.

Hier zeigte sich, dass die positiven Erfahrungen mit der Regionalisierung der Frühgeborenen-Versorgung in anderen europäischen Ländern, die im Ausschuss vorgetragen wurden, nicht auf die Zentralisierung in Bremen übertragbar sind. In einem wirklich großen Zentrum sind Teilschließungen räumlich und organisatorisch möglich. Die Station 4027 am KBM hatte kaum die räumlichen Möglichkeiten zu einer effektiven Isolierung von mehreren Patienten. Die Zentralisierung wirkte als ein implizites Schließungsverbot. Unter Gesichtspunkten des Ausbruchsmanagements bei einer Häufung nosokomialer Infektionen war auch dies ein Faktor der organisierten Verantwortungslosigkeit.

3.4. Ausgliederung der Reinigung

Die Ausgliederung der Reinigung in eine Servicegesellschaft (GND), in der alle unternehmerischen Aufgaben von einer privaten Fremdfirma (R+S) erbracht wurden, war ein weiteres Paradebeispiel dafür, Verantwortung zu delegieren. Die Auslagerung der

[498] Einarbeitungskonzept der Interdisziplinären Intensivstation (4028), Stand 2011, Band 15, S. 50

Leistungen an die R+S war auch getragen von der Haltung, dass Reinigung eigentlich gar nicht zu den genuinen Aufgabenfeldern eines Krankenhauses gehört.

> „Fakt ist auch, dass ein Krankenhaus tendenziell in der Unterhaltsreinigung nicht unbedingt sein Kerngeschäft hat, sondern normalerweise die externen Reiniger hier in der Effizienz und auch in der Qualität tendenziell besser sind. Deswegen sind hier auch grundsätzlich die Expertisen, die man durch externe Anbieter hat, auch wünschenswerterweise in die Gesellschaft mit implementiert worden. Das machen sehr viele Krankenhäuser in Deutschland.“[499]

Wie dargestellt, sollte die R+S auch mikrobiologische Untersuchungen zur Kontrolle der Reinigungsqualität durchführen. Die R+S wiederum delegierte diese Aufgabe zurück an das Hygieneinstitut des KBM. Eine systematische Dokumentation und Auswertung der Ergebnisse der Umgebungsuntersuchungen im Sinne einer Korrektur des Reinigungshandelns ist weder beim Hygieneinstitut noch bei der GND nachzuverfolgen.

3.5. Eingliederung des LUA als Hygieneinstitut ins KBM

2001 wurde die Abteilung Hygiene des Landesuntersuchungsamtes Bremen (LUA) ausgegliedert und als „Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene“ dem KBM eingegliedert. Auch hier wurde eine Struktur geschaffen, die stark ihrer Vorgeschichte und einer pragmatischen Lösung geschuldet war. Anstatt am KBM eine Abteilung für Krankenhaus-Hygiene aufzubauen und deren Kompetenzen und Funktionen zu klären, wurde eine Organisationseinheit übernommen, die sich außer mit dem KBM noch mit allen möglichen anderen Aufgaben, Aufträgen und Auftraggebern beschäftigte.

So war das Hygieneinstitut neben der Tätigkeit für das KBM auch tätig in den Bereichen Schiffshygiene, nicht-amtliche Lebensmittelüberwachung, der Untersuchung von „amtlichen Trinkwassern, Badewasser, Badegewässer, Abwässer und Kompost nach gesetzlichen Vorgaben“ und anderem.[500] Hygienisch beraten und labormedizinisch betreut wurden verschiedene Krankenhäuser, auch außerhalb Bremens.

Das Hygieneinstitut war durch seine Vorgeschichte von vorneherein bis zu einem gewissen Grad ein Fremdkörper, der nicht aus dem KBM hervorgegangen war und dessen Aufmerksamkeit vielen anderen Aufträgen gehörte. Zur Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Laboratoriumsmedizin hielt ein Gesprächsvermerk im Ressort 2008 fest:

> „Die Zusammenarbeit, ja sogar die Kommunikation zwischen dem Bremer Zentrum für Laboratoriumsmedizin GmbH (…) und dem Hygieneinstitut ist praktisch nicht existent.“[501]

Die notwendige zentrale Position in der Krankenhaushygiene und insbesondere in einem Ausbruchsgeschehen konnte das Institut und sein Leiter, der ja gleichzeitig auch der Krankenhaushygieniker war, aufgrund ihrer gewachsenen randständigen Stellung nie einnehmen.

> „Wenn es optimal läuft, gibt es im Grunde eine zentrale Figur in solch einem [Ausbruch-] Geschehen, bei der die Fäden zusammenlaufen. Das ist, glaube ich, günstigsterweise der Krankenhaushygieniker oder der Mikrobiologe in einem Haus. Das ist in diesem Ausbruch, wenn wir uns das so immer wieder überlegen, ungünstig gelaufen, weil es

---

[499] Tomislav Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Anhörung 25-3628 f.
[500] Tätigkeitsbericht im Rahmen der Fachaufsicht 2002, Institut für Allgemeine Hygiene, Band 45 S. 21
[501] Gesprächsvermerk vom 13.03.2008, Band 45, S. 34

diese zentrale Figur lange nicht gab. (…) solch eine Figur muss irgendwo sein. Das ist hier eher eine Schwachstelle gewesen, dass diese Figur so nicht da war.“[502]

3.6. Rolle privater Beratungsfirmen

Ein besonders zugespitzer Ausdruck organisierter Verantwortungslosigkeit war die Auslagerung von Entscheidungen an private Wirtschaftsberatungen. Das betraf sowohl die GeNo als auch den Senat. Die zentralen Fehlentscheidungen über grundsätzliche Fragen der Entwicklung des Klinikverbunds waren alle von privaten Beratungsfirmen begutachtet und für gut befunden worden.

Der Entscheidung des Senats zur Selbstfinanzierung des Klinik-Neubaus aus dem laufenden Betrieb, ohne Landesmittel, ging ein Gutachten von PricewaterhouseCoopers (PwC) voraus. Der gegenüber der Senatsvorlage noch verschärfte Personalabbau 2011 stützte sich auf die „Personalbedarfsermittlung“ durch KPMG. Auch die FIDES Treuhand, Ernst & Young, die GÖK Consulting und viele andere Wirtschaftsberatungsfirmen waren seit seiner Gründung im Auftrag des Klinikverbunds tätig. Aktuell lässt der Senat die Zukunftsperspektiven des Klinikverbunds ebenfalls von einer Wirtschaftsberatungsgesellschaft analysieren.

Zum einen ging damit bis heute eine Betrachtung des Krankenhauses unter rein betriebswirtschaftlichen Aspekten einher. Das Verständnis von Ökonomen für die Abläufe und Bedürfnisse von Patienten und Personal im Krankenhaus ist begrenzt.

„Ich kann Ihnen aber sagen, dass ein normaler Arbeitstag sowieso schon zehn Stunden hat, und die Verwaltung kommt dazu, das ist tatsächlich so. Ich arbeite sowieso regelmäßig zwischen zehn und zwölf Stunden am Tag und am Wochenende, in der Regel bestimmt an jedem zweiten. Daher ist das auch irgendwie die Inhärenz dieses Jobs. KPMG berechnet - das hat auch Ernst & Young getan -, dass zehn Prozent der ärztlichen Tätigkeit Verwaltung wären und 90 Prozent als Arzt. Das ist dermaßen geschönt! Das sind zwei Leute, ich sage einmal so, die Gel in den Haaren haben, spitze Schuhe und gerade 30 Jahre alt sind. Das ist etwas, das wütend macht.“[503]

Zum anderen verfolgt die Einschaltung privater Wirtschaftsberatungsfirmen fast immer den Zweck, vorab gefällte Entscheidungen durch ‚professionelle‘ Gutachten unangreifbar und alternativlos erscheinen zu lassen. Wenn die Ergebnisse nicht passen, werden sie geändert.[504] Im Entscheidungsgremium bewirkt die Einschaltung privater Beratungsfirmen eine Verantwortungsabgabe nach außen. Eigener Sachverstand kann aber durch externe Beratung nicht ersetzt werden.

Drittens geht unter dem Primat der Wirtschaftsberatung der Aspekt verloren, dass es sich bei kommunalen Krankenhäusern um öffentliche Daseinsvorsorge handelt und nicht um Fabriken.

„Im letzten September war Herr Professor Hickel Patient und hat im „Weser-Kurier“ darüber geschrieben. Ich fand, er hat es genial in einem ganz kurzen Artikel zusammengefasst, dass die Berechnung der Personalbesetzung im Gesundheitswesen verkehrt ist, dass es sich eben nicht mit einer Konservenfabrik vergleichen lässt, und da liegt der Hase im Pfeffer.“[505]

---

[502] Tim Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Anhörung 25-3570
[503] Wolfgang Marg, Protokoll der öffentlichen Anhörung 13-1683
[504] Vgl. Bericht des Untersuchungsausschusses „Klinikverbund“, S. 181
[505] Wolfgang Marg, Protokoll der öffentlichen Anhörung 13-1684

3.7. Double-Bind

Der Senat bezieht seit Jahren eine widersprüchliche Haltung zu den kommunalen Kliniken. Einerseits wird gern betont, man stehe zu ‚seinen‘ Kliniken und wolle sie in kommunaler Trägerschaft erhalten. Andererseits ist die Drohung der Privatisierung immer unterschwellig präsent. Schon bei der Ausgliederung der kommunalen Kliniken in gGmbHs wurde durch unzureichende Kapitalausstattung eine latente Insolvenzgefahr eingebaut, von der eine disziplinierende Wirkung ausgeht. In der geplanten ‚Privatisierungsbremse‘ des Senats sind die kommunalen Kliniken nicht enthalten.

Der ehemalige Staatsrat positionierte sich im Ausschuss wie folgt:

> „Ich will es einmal drastisch sagen, das ist immer meine Überzeugung gewesen: Der Staat wird immer auf Dauer zum Beispiel für Bildung verantwortlich sein, der Staat muss nicht verantwortlich für die Führung von Krankenhäusern sein. Es ist theoretisch denkbar, dass es eine Krankenhauslandschaft ohne staatliche oder öffentliche Trägerschaft gibt. Wenn also finanzielle Not am Mann ist, dann wäre ich persönlich als Bürger dieser Stadt immer der Meinung, zuerst das Loch des Defizits durch den Verkauf der Kliniken an andere bei den Krankenhäusern zu schließen und sicher nicht Schulen verkommen zu lassen. Das wäre immer die Antwort!“[506]

Das Verhältnis des Senats zu den kommunalen Kliniken lässt sich aus deren Sicht als eine „Double-Bind-Struktur“ beschreiben, die „lähmende, weil doppelte, Bindung (…) an paradoxe Botschaften oder Signale und deren Auswirkungen (…) Der Adressat erlebt eine solche Doppelbindung als unhaltbar, unauflösbar, wenig durchschaubar und existentiell bedrohlich.“[507] Die Aussagen zum Erhalt der kommunalen Trägerschaft lassen sich mit den Entscheidungen (Selbstfinanzierung Neubau, Personalabbau, Aufrechterhalten der Unterkapitalisierung) nicht in Einklang bringen. Eine unklare Haltung des Eigentümers trägt nicht dazu bei, eine Unternehmenskultur zu prägen, die von Kooperation und Verantwortlichkeit bestimmt ist.

[506] Hermann Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung 19-2624
[507] Eintrag „Doppelbindungstheorie“, Wikipedia,

4. Autistische Unternehmenskultur

4.1. Ausblendung und Resignation

Zu jeder der direkten Ursachen des Keimausbruchs gab es frühzeitig und andauernd eine Vielzahl von Warnhinweisen und Kritik. Dies führte jedoch bei den Verantwortlichen zu keinen Reaktionen. Die Ausblendung von jeglicher Infragestellung getroffener Entscheidungen und des eingeschlagenen Kurses war so stark, dass sie als ein zusammenhängendes Phänomen erscheint, das über den Einzelfall und über die Einzelperson hinausgeht.

Nach dem Brief der Assistenzärzte Querfurt und Heckmann, die gegenüber der GeNo-Geschäftsführung ihr „Entsetzen und Unverständnis“ über die Absenkung der ärztlichen Personalausstattung durch die KPMG-Ergebnisse ausgedrückt hatten[508] und dies nachrichtlich auch an den Staatsrat Schulte-Sasse geschickt hatten[509], schrieb die ärztliche Geschäftsführerin dazu an den GeNo-Geschäftsführer:

> „Moin Diethelm,
>
> ich möchte Dich nur kurz davon in Kenntnis setzen, dass ich heute morgen mit Huppertz ein intensives Gespräch darüber hatte. Den Aspekt, intern (d.h. mindestens GeNo-Intern) zu lösende Probleme einer neu besetzten senator. Dienststelle darzulegen und was das für ein Bild über die GF-KBM und die GF GeNo verursacht, habe ich ihm dargelegt.
>
> Letztendlich habe ich von ihm angemahnt, als Chefarzt solch ein Schreiben, das angeblich an ihm vorbei verfasst wurde, nicht zu dulden. Ich habe ihn darauf hingewiesen, dass die Personalpolitik nach innen in seine Abteilung, von ihm zu vertreten sei. Und allenfalls er sich dann an die Zentrumsleitung, an die GF, bzw. sekundär an Dich wenden könne und Du, wenn es angebracht ist, mit dem Senator in Kontakt trittst, was hier sicher nicht der Fall sei. Er hat, sagte er, demnächst ein Gespräch bei Dir. Auch dazu ist diese Info gedacht.
>
> Herzliche Grüße und mit Dank für dieses gute Wochenende!
>
> Brigitte“[510]

Die Assistenzärzte Heckmann und Querfurt erhielten ein Antwortschreiben von der Zentrumsleiterin. In diesem hieß es:

> „Verständlich ist, dass das Absenken von Personal nie einfach ist und von uns allen ein hohes Maß an Engagement fordert (…) Mein Erleben im Eltern-Kind-Zentrum im KBM ist, dass Sie als hoch motiviertes Team diesen Veränderungsprozess aktiv mitgestalten wollen.“[511]

Es fand sogar ein Gespräch mit den Autoren über den Brief statt:

---

[508] Schreiben vom 15.06.2011, Band 63, S. 80 f.

[509] Der technisch gesehen gerade noch im Amt war. Joachim Schuster trat die Nachfolge am 01.07.2011 an, http://www.bildung.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen117.c.3688.de

[510] Mail Brigitte Kuss an Diethelm Hansen vom 20.06.2011, Band 63, S. 83

[511] Schreiben Angela Peter an Heckmann und Querfurt vom 21.06.2011, Band 63, S. 94

> „Es gab ein Gespräch mit Herrn Privatdozent Dr. Hansen, mit der pflegerischen Geschäftsleitung Frau Wendorff, mit Frau Peter, ich weiß nicht, ob Frau Kuss auch dabei war, mit der gesammelten Assistentenschaft, auch inklusive fast aller Oberärzte von der Allgemeinpädiatrie, wenn ich mich richtig erinnere, und Professor Huppertz war anwesend. Dort wurden die Punkte dieses Briefes erörtert, es wurde diskutiert, und es wurde noch einmal klargestellt, dass es keine Aufstockung der Stellenzahl zu den genannten Zahlen, die uns damals vorlagen, geben wird.“[512]

Der Vorgang ist symptomatisch. Kritik wurde geäußert – es ist ja auch genügend davon dokumentiert –, aber sie lief ins Leere. Warnhinweise brachen sich an den eisernen Dogmen, die immer wieder vorgetragen wurden, der Sanierung und dem Personalabbau. Der ehemalige kaufmännische Geschäftsführer Richter brachte es in einem Monatsgespräch mit dem Konzernbetriebsrat auf den Punkt:

> „Über das Personalkostenbudget wird nicht diskutiert, sonst scheitert die Sanierung.“[513]

Auch gegenüber dem Stellen von Überlastungsanzeigen wurde nicht wirklich Druck ausgeübt, diese zu unterlassen. Es wurde den Beschäftigten nur verdeutlicht, dass es sinnlos sei. So vermerkt eine der Krankenschwester in der schriftlichen Befragung auf die Frage „Haben Sie schon einmal eine Überlastungsanzeige gestellt? Wenn ja, wie wurde darauf reagiert?“:

> „Nein, aber meine Kolleginnen. Darauf wurde nicht reagiert. Im Frühjahr 2011 wurde uns durch unsere Stationsleitung mitgeteilt, dass die pflegerische Geschäftsleitung uns wissen lässt, dass wir keine Überlastungsanzeigen zu schreiben brauchen, da sie uns angeblich nicht von ‚unserer Verantwortung‘ entbinden. Es wurden weiterhin Überlastungsanzeigen geschrieben.“[514]

Es verwundert vor diesem Hintergrund nicht, dass der Zertifizierungsbericht vom Februar 2011 feststellt:

> „Seit 2009 wurde kein Mitarbeitervorschlag eingereicht, Maßnahmen zur Belebung sind bislang nicht implementiert worden.“[515]

Der Zertifizierungsbericht schließt mit einer Bewertung nach 5 übergeordneten Kategorien und einzelnen Kriterien. Insgesamt müssen von 1.413 möglichen Punkten 55 % erreicht werden als Minimum für eine erfolgreiche Zertifizierung. Am schlechtesten schneidet das KBM bei den Kategorien „Mitarbeiterorientierung“ (56 %) und Qualitätsmanagement (57 %) ab. Beim Kriterium „Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung“ werden 55,6 % erreicht. Beim Kriterium „Mitarbeiterorientierter Führungsstil“ werden ebenfalls 55,6 % erreicht, beim Kriterium „Mitarbeiterideen, -wünsche und –beschwerden“ ganze 11 %. Sehr gute Werte (je 88,9 %) werden dagegen erreicht bei den Kriterien „Operative Verfahren“ und „Umweltschutz“.[516]

Aber auch bei der Geschäftsführung und im Aufsichtsrat löste der Zertifizierungsbericht keine Reaktionen aus – obwohl das KBM das Zertifizierungssiegel auf seinem Briefpapier hat und obwohl der Bericht 2011 so harsch ist, dass der staatsanwaltliche Gutachter Walter Popp feststellte:

---

[512] Alexander Querfurt, Protokoll der öffentlichen Anhörung 17-2287
[513] Monatsgespräche des KBR mit der Geschäftsführung GeNo, Dezember 2009, Band 184, S. 49
[514] Schriftliche Anhörung der Pflegekräfte durch die Staatsanwaltschaft, Band 195, S. 62
[515] Band 10, S. 301
[516] Band 10, S. 339

„(Man) muss sicher sagen, dass das tatsächlich außergewöhnliche Formulierungen sind. Ich habe auch häufig mit Zertifizierungen von Teilen von Krankenhäusern zu tun, und dass man derart deutlich formuliert, dass es nur um die ökonomische Sanierung geht und überhaupt nicht um die Versorgung der Patienten, das habe ich noch in keinem Bericht gelesen.“[517]

Insgesamt drängt sich der Eindruck auf, dass es allgemein bekannt war, dass es an allen Ecken und Enden nicht funktionierte – bei der Personalversorgung, bei der Patientensicherheit, bei der Hygiene usw. –, dies aber als ‚normal‘ ausgegeben wurde, vielleicht als Übergangszeit, auf jeden Fall aber als unveränderlich. Für ein solches Betriebsklima trägt die Unternehmensleitung die Hauptverantwortung, die Geschäftsführungen des KBM und der GeNo. Aber auch die senatorische Behörde, die von einem erheblichen Teil der Warnhinweise und Kritiken Kenntnis hatte, vermittelte niemandem das Gefühl, dass solche Warnhinweise irgendeinen Sinn hätten.

4.2. Fehlinformation der Öffentlichkeit

Seit dem Öffentlichwerden des Keimausbruchs war die **öffentliche und mediale Darstellung eine der Hauptsorgen der Leitungen**. Der Leiter der Kinderklinik kümmerte sich unverzüglich darum, den MitarbeiterInnen die ‚richtigen‘ Fakten und Aussagen nahezulegen.

„An dem Nachmittag, als die erste Pressekonferenz über den Ausbruch stattfand, wurden alle Stationen der Professor-Hess-Kinderklinik und der Klinik für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin visitiert und auf mögliche Artikel in der Presse vorbereitet und zu einer besonnenen Reaktion bei Diskussionen mit Freunden und Nachbarn ermuntert. In diesem Zusammenhang wurden die Fakten von Morbidität und Mortalität sehr kleiner Frühgeborener thematisiert und auf die aktuelle Situation bezogen.“[518]

Ähnliches versuchte auch die ärztliche Geschäftsführung vor dieser Pressekonferenz bei der staatsanwaltlichen Vernehmung.

„Frau Dr. Kuss ergänzte: Bei den verstorbenen Kindern habe es sich um sogenannte Frühchen mit einem Geburtsgewicht von unter 1000 Gramm und einer Überlebenswahrscheinlichkeit von unter 50 Prozent gehandelt.“[519]

Hier handelt es sich um **klare Fehlinformation**. Die Überlebenswahrscheinlichkeit von Frühgeborenen unter 1.000 g ist sehr viel höher. Am KBM verstarben 2009 von den 49 Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.000 Gramm: 12 Kinder (24 %).[520]

Der Geschäftsführer der GeNo ließ sich im November 2011 von einem **externen Kommunikationsberater** beraten. Dieser erarbeitete strategische Ratschläge wie diesen:

„Für diese Woche sehe ich zwei Aktionsschwerpunkte.
1. Es gibt keinen Personalmangel!
Es hat sich gezeigt, dass wir einen Angriffspunkt – zu wenig Personal auf der Station – unterschätzt haben. (…) Mir ist dieses Thema so wichtig, weil es mir derzeit der

[517] Walter Popp, Protokoll der öffentlichen Anhörung 32-4788
[518] Huppertz, „Bericht vom 02.11.11, Band 9, S. 150
[519] Vermerk Uwe Picard vom 03.11.2011, Band 17, S. 9
[520] Band 60, S. 234. Entscheidender als das Geburtsgewicht ist das Gestationsalter, d.h. die Schwangerschaftswoche.

> gefährlichste Angriffspunkt gegen Geschäftsleitung und Aufsichtsrat erscheint – hier hätte man Verantwortung gehabt und hätte was tun müssen, so die öffentliche Sicht. Deshalb schlage ich vor, dass ein Papier am Montag vorbereitet wird, in dem unsere Fakten zusammengetragen sind:
>
> Die Personalbesetzung am Klinikum Bremen ist über Bundesdurchschnitt (…)
>
> Die RKI-Empfehlungen für die Personalbesetzung auf Frühchen-Stationen wurden – bis auf zwei Schichten – in diesem Jahr eingehalten (…)
> Frau Matiszick und ihr Team sollten alle Journalisten, die den Sachstand falsch berichtet haben, anrufen und anbieten, diese Unterlage zuzuschicken.“[521]

Hansen leitet dies weiter und schreibt dazu:

> „Wichtig: er hat recht.“

Kurze Zeit nach dem Öffentlichwerden des Keimausbruchs wurde bekannt, dass es bereits vor dem September 2011 an dem Keim erkrankte Kinder gegeben hatte. Dabei wurde auch bekannt, dass bereits im Juli 2011 ein Kind verstorben war. Dieses Kind wurde auch von der Klinik dann im November mit anderen zusammen ans Gesundheitsamt gemeldet und als „infiziert“ geführt. Die Patientenakte wurde am 11.11.2011 beschlagnahmt. In der Akte ist mit Datum vom 9.11. handschriftlich vermerkt: „Prof. Dr. Huppertz hat sich hier [also vermutlich im KBM-Archiv] diese Akte angesehen.“[522] In der Liste „Übersicht Mikrobiologie“ ist dann nachträglich von Hand dazugeschrieben: „verstorben an Hirnblutung!“ und „Keim unwichtig“. In ähnlicher Weise wurde bei dem im Februar 2012 an der Infektion mit dem Erreger verstorbenen Kind, was vom damaligen Chefarzt so in der Anhörung bestätigt wurde[523], nachträglich plötzlich vom kommissarischen Leiter der Kinderklinik mitgeteilt (auf die Frage „Wie ist die Situation der Kinder, bei denen im Februar 2012 der Ausbruchskeim festgestellt wurde?“):

> „Zwei Kinder waren ohne Zusammenhang mit den Klebsiellen verstorben.“[524]

All das erweckt zumindest das ungute Gefühl, dass hier nicht Unsicherheiten und offene Fragen festgehalten werden, um bei der Untersuchung der Ursachen weiterzukommen, sondern das Hauptaugenmerk darauf gerichtet ist, die Dinge so gut wie möglich erscheinen zu lassen.

Der lockere **Umgang mit den Fakten** erstreckte sich, wenn es um die Kliniken ging, bis ins Ressort. Der damalige Staatsrat antwortete im Ausschuss auf die Frage, ob eine Finanzierung des Neubaus aus Landesmitteln jemals vom Senat in Erwägung gezogen worden sei:

> „Sie meinen, der Senat soll irgendwo 214 Millionen Euro herzaubern und dann geben, oder wie ist die Frage zu verstehen? Ich habe die Frage noch nicht verstanden.

---

[521] Mail Jörg Forthmann an Diethelm Hansen vom 27.11.2011, Band 200, S. 169. Am 04.12.2011 empfahl Forthmann eine „Sprachregelung Personalkapazität Pflege“: „Im Schnitt waren 2,8 Pflegekräfte auf der Station. Aber ungünstige Verteilung über die Schichten“ (Band 200, S. 161), die sich genau so in Hansens Präsentation für den Aufsichtsrat am 14.12.2011 findet (die Vorlage ist datiert auf den 5.12.2011), s. Band 60, s. 115.

[522] Band 28, S. 411. Zu den Belegen für die Infektion siehe Anmerkung 22 auf S. 18.

[523] Theodor Körner, Protokoll der öffentlichen Anhörung 9-1068

[524] Schreiben vom 19.09.2012, Band 208, S. 7

> Abg. Frau Bernhard: Faktisch ja! Es über den gewissen Zeitraum aufzunehmen und zu sagen, wir finanzieren diesen Teilersatzneubau, um die GeNo an der Stelle zu entlasten (…)
>
> Zeuge Dr. Schulte-Sasse: Ich muss noch einmal nachfragen, damit ich die Frage richtig verstehe und dann auch vernünftig beantworten kann. Ihre Vorstellung ist, nicht die GeNo, sondern der Senat nimmt den Kredit auf und reicht ihn dann quasi ohne Bedingungen und Konditionen weiter an die GeNo, und die kann dann arbeiten? Dann habe ich es jetzt verstanden. Nein, diese Überlegung ist zu keinem Zeitpunkt diskutiert worden, und zwar schlicht und einfach deshalb nicht, weil das haushaltssystematisch - nun bin ich kein Haushaltspolitiker, fragen Sie mich also bitte nicht nach Details - im Rahmen der Überschuldung des Landes und der Notwendigkeit der Haushaltskonsolidierung der öffentlichen Finanzen keine Möglichkeit gewesen ist.“[525]

Hier wird etwas, das eine politische Entscheidung des Senats war, als „haushaltssystematisch“ gar nicht anders machbar dargestellt, als wenn es rechtlich verboten wäre, dass der Senat seiner gesetzlichen Verpflichtung zur Finanzierung der Krankenhausinvestitionen nachkommt.

4.3. Patriarchale Unternehmenskultur

Insgesamt wurde in den Anhörungen eine Haltung der Verantwortlichen in Klinikleitung, GeNo-Leitung und Senat deutlich, die wesentlich dazu beigetragen hat, dass die Probleme nicht bearbeitet werden *konnten*. Auch während der Dauer des Untersuchungsprozesses wurde auf neue Kritik nicht etwa mit inhaltlicher Auseinandersetzung geantwortet, sondern mit Versuchen, die persönliche Glaubwürdigkeit des Kritikers anzugreifen, so dass sich die Auseinandersetzung mit der Kritik erübrigen möge. Sowohl beim Bericht des staatlichen Desinfektors als auch beim Gutachten des staatlichen Gutachters Walter Popp wurde von der KBM-Leitung wie von der senatorischen Behörde versucht, Fehler in Detailfragen zu behaupten und dadurch die gesamte Kritik vom Tisch zu wischen. Eine solche Haltung mag vor Gericht eine mögliche Strategie sein, bei der Aufklärung der Ursachen eines Versagens in der öffentlichen Daseinsvorsorge deutet sie darauf hin, dass die Abwehr von Schuldfragen und sogar die Abwehr von Fakten wichtiger genommen wird als eben diese Aufklärung.

Diese inhaltliche Defensivität, die mit einem aggressiven Auftreten und einer betonten ‚Macher-Haltung‘ überspielt wurde, ist Symptom einer tief patriarchalen Unternehmenskultur. Während man die Probleme immer weniger kontrollieren konnte, wollte man zumindest den Informationsfluss kontrollieren:

> „Herr Dr. Hansen (…) schlägt vor, die Zahlen von KPMG in der nächsten KBR-Sitzung vorzustellen. Marianne Carl weist darauf [hin], dass bis zum heutigen Tag keine schriftlichen Unterlagen vorliegen. Auf die Forderung der Konzernbetriebsräte nach Unterlagen der Fa. KPMG erklärt Dr. Hansen, dass in der GF diskutiert wird, welche Unterlagen veröffentlicht werden dürfen.“[526]

Hygiene galt als nachgeordneter Bereich, ebenso wie interne Kommunikation. Wichtig waren männlich besetzte Handlungsfelder wie gutes Operieren, betriebswirtschaftliche Steuerung und die Fähigkeit, einen knallharten Sparkurs durchzusetzen. Während die

---

[525] Hermann Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Anhörung19-2708 f.

[526] Monatsgespräche KBR mit Geschäftsführung GeNo, April 2010, TOP 10 Ergebnis KPMG, Band 184, S. 81

Verantwortlichen gern vom „Wir“ sprachen, wenn es um die Sanierung geht, hört bei der Reinigung das „Wir“ auf.

> „Vorsitzende: Reinigen Sie mit Einmalhandschuhen?
>
> Zeuge Dr. Böhle: Das Reinigungspersonal, ja!
>
> Vorsitzende: Entschuldigung! Lassen Sie mit Einmalhandschuhen reinigen, so herum muss man es sagen.“[527]

Was dem **‚weiblichen Bereich‘** zugeordnet wird, lässt sich – so die Logik der Leitkultur, die in der GeNo aufgebaut und vom Senat geteilt und gefördert wurde – outsourcen, schlechter bezahlen, schneller und mit weniger Personal machen. Personalaufbau fand dagegen in Form zusätzlicher Leitungsstrukturen statt wie den Zentrumsleitungen, die inzwischen alle wieder verschwunden sind, ohne dass dies eine Lücke zu hinterlassen scheint.

Krankenhäuser sind traditionell Orte patriarchaler Betriebskultur. Das beginnt mit dem Stand der Ärzte, der – zumindest was die leitenden Positionen anlangt – weitestgehend männlich ist. Es setzt sich fort beim Frauenanteil in Leitungspositionen, bei dem das KBM Schlusslicht des Klinikverbunds ist.[528] Es geht weiter mit der Tatsache, dass hinsichtlich der Einhaltung der Hygienevorschriften der männliche Teil der Ärzteschaft diese am wenigsten einhält.

> „In Untersuchungen zur Compliance der Händehygiene zeigt sich, dass die Männer, die Ärzte signifikant schlechter sind. Es sind, wenn man es am Geschlecht festmacht, die Männer. Männlich sein ist ein Risikofaktor. Sehr hohe Bildung, die Ärzte, und die sehr geringe Bildung, die Pflegehelferinnen und Pflegehelfer, haben auch eine unterdurchschnittliche Compliance. Das zeigt sich in mehreren Studien, dazu gibt es gute Studien.“[529]

Heute sind zwar zwei Drittel der Studienanfänger in Medizin Frauen, aber spätestens nach dem Examen sinkt der Frauenanteil deutlich unter 50%. Auf Leitungsebene sind die Frauen dann endgültig nur noch selten zu finden, bei den leitenden KrankenhausärztInnen liegt der Anteil bei ca. 10 Prozent. Ähnlich ist es bei den Medizin-Professorinnen, hier sind es lediglich noch 10 Prozent.[530]

Das immer noch vorherrschende **konservative Geschlechterrollenverständnis** ist ein wesentliches Hemmnis dabei, der Hygiene in Krankenhäusern den Stellenwert beizumessen, der ihr zukommt. Die Hygienemedizin hat als Wissenschaftszweig an Bedeutung gewonnen, ihre konsequente Umsetzung wird allerdings nicht nur durch den allgegenwärtigen Kostendruck konterkariert, sondern leidet auch an den klassischen Arbeitsteilungen und ihren Wertigkeiten entlang der Geschlechterlinien. Operiert wird in Krankenhäusern überwiegend von Männern, gereinigt wird von Frauen. Anweisungen werden im Wesentlichen von Männern gegeben, von Frauen ausgeführt.

---

[527] Arnd Böhle, Protokoll der öffentlichen Anhörung 26-3712

[528] Zielvereinbarung 2012, Anteil Frauen in Leitungspositionen, Band 187, S. 308

[529] Patrick Weißgerber, Protokoll der öffentlichen Anhörung 3-561 f.

[530] Deutsches Ärzteblatt 2008; 105(12): A-609 / B-539 / C-527, http://www.aerzteblatt.de/archiv/59406; Frauen in der Medizin – Ausbildung und berufliche Situation von Medizinerinnen – Umsetzung der Empfehlungen aus dem Jahr 2004, Gemeinsame Wissenschaftskonferenz (GWK) Bonn 2010, http://www.gwk-bonn.de/fileadmin/Papers/GWK-Heft-17-Frauen-in-der-Medizin.pdf

Diese Aufteilung war auch im Untersuchungsausschuss deutlich zu erfahren. Experten waren durchgängig Männer, leitende Ärzte fast ebenfalls nur Männer, auch bei der Befragung war diese grundlegende Zuschreibung mehr oder weniger prägnant zu bemerken.

Angesichts der Tatsache, dass Reinigung und Desinfektion aufgrund der lebensgefährlichen Infektionen in Krankenhäusern durch Keime inzwischen eine geradezu leitwissenschaftliche Bedeutung zukommt, ist die Haltung gegenüber diesem Arbeitsbereich nicht nur nicht mehr zeitgemäß, sondern hochgradig fahrlässig. Hier müssen tief eingeschliffene Vorurteile, Zuschreibungen von höherwertig und minderwertig, Hierarchiedenken abgearbeitet und abgebaut werden. Notwendige Veränderungen reichen von der Bezahlung über die Qualifikationen bis hin zu Weisungsbefugnissen.

Auch der **Mythos von den „patientenfernen Bereichen“**, die angeblich weiter weg vom Patienten sind, weniger wichtig für seine Gesundheit und ohne große Verantwortung, ist ein männlicher Mythos, und ein gefährlicher. Im Krankenhaus ist nichts wirklich ‚hygienisch weit weg‘ vom Patienten, die Reinigung genauso wenig wie die Wäscherei oder der Essensdienst.

Es ist kein Zufall, dass das KBM keine hygienebeauftragten Pflegekräfte hatte: Die Vorstellung einer Pflegekraft, die für den ihr anvertrauten Bereich dann auch Weisungsbefugnisse hat, vertrug sich nicht mit der patriarchalen Unternehmenskultur der männlichen Macher. Eine **gleichwertige Beachtung** von medizinischen, pflegerischem und Reinigungspersonal, die sich gegenseitig respektieren und wertschätzen (und das mit dem gleichen Arbeitgeber und innerhalb des gleichen Tarifs), ist für ein zukunftsfähiges Krankenhaus und für eine qualitative hochwertige Gesundheitsversorgung unerlässlich.

5. Diskussion

Auf der Station 4027 war zu wenig Pflegepersonal vorhanden, um die Frühgeborenen-Versorgung risikoarm zu betreiben. Diese **direkte Ursache** des Keimausbruchs ging **nicht** auf das – immer wieder geschilderte – Problem zurück, dass freiwerdende Stellen nicht oder nicht sofort nachbesetzt worden wären (Vakanzhaltung). Auf den Stationen 4027 und 4028 wurden im Jahr 2011 freiwerdende Stellen unmittelbar nachbesetzt; der Personalbestand in der Pflege hat sich gegenüber dem von KPMG für 2008 festgestellten Stand nicht wesentlich reduziert. Für eine angemessene Personalausstattung entsprechend der KRINKO-Empfehlung hätte auf der Station 4027 Personal **aufgebaut** werden müssen, also der Personalbestand erhöht, insbesondere nachdem die Bettenzahl ab April 2010 erheblich erhöht worden war.

Diese Option war nicht vorgesehen. Die Idee, Personal einzustellen nicht als Ersatz für ausgeschiedenes Personal, sondern um die Besetzung zu steigern, erschien in der Logik des „Sanierungskurses“ als so außergewöhnlich, dass sie von den Geschäftsführungen, der Kinderklinik- und der Zentrumsleitung nicht in Betracht gezogen wurden.

Die Unterbesetzung der Frühgeborenen-Abteilung war somit eine **Folge des generellen Personalabbaus**, der von der GeNo-Leitung und vom Senat als zentrales Element der **Sanierungsstrategie** definiert worden war. Der Sanierungskurs erzeugte ein Klima, in dem personelle Engpässe allgegenwärtig waren, mit Überlastung, Beschwerden und Warnhinweisen gerechnet wurde und dies alles als unvermeidlich galt.

Dass diese Strategie auch wirtschaftlich falsch war, ändert nichts am Befund, verstärkte den Druck jedoch zusätztlich. Die „Sanierungsstrategie“ beruhte auf einer **falschen Analyse** und falschen Berechnungen (Steuerung nach reiner Fallzahl), die zu chronischer Unterbesetzung und dadurch zu Leistungsabfall und Erlöseinbrüchen führen musste. Die Antwort der GeNo-Leitung darauf war, auf noch mehr Personalabbau zu drängen, um das Betriebsergebnis zu verbessern.

Alle direkten Ursachen des Keimausbruchs stehen in einem ursächlichen Zusammenhang mit der **finanziellen Unterausstattung des Klinikverbunds**. Unterbesetzung, Zentralisierung der Neonatologie, Verkürzung der Reinigungszeiten, Abbau der zusätzlichen Reinigungsleistungen (Regiestunden), verringerte Zahl von Gremiensitzungen (Hygienekommission), personelle Unterausstattung des Hygienemanagements, unterlassene Renovierungen und Ersatzbeschaffungen: Für alles war das Bestreben, Kosten zu verringern, das treibende Moment.

Die finanzielle Unterausstattung des Klinikverbunds ist daher eine **wesentliche indirekte Ursache des Keimausbruchs**. Sie wurde verursacht durch die Entscheidung des **Senats**, die Kosten des Teilersatzneubaus aus dem laufenden Betrieb der GeNo zu bestreiten, anstatt die Investitionskosten durch das Land zu übernehmen, wie es gesetzlich vorgesehen gewesen wäre. Mit dieser Belastung und den daraus resultierenden Wirtschaftsplänen war ein medizinisch risikoarmer Betrieb auf allen Stationen der GeNo-Kliniken nicht zu vereinbaren.

Auch die **mangelhafte staatliche Aufsicht** und Kontrolle durch das Gesundheitsamt war den unzureichenden personellen Kapazitäten (im Gesundheitsamt selbst) geschuldet, die wiederum auf den allgemeinen Personalabbau zurückgingen.

Der finanzielle Kürzungskurs und der massive Personalabbau waren **vom Senat per Beschluss vorgegeben**, ebenso die Auslagerung der Reinigung.

> „Dieser Weg war, und ich sage das noch einmal, politisch gewollt. Dieser Weg war auch ohne andere Möglichkeiten.“[531]
>
> Das [der Weg] war ja nicht seiner, das war ja auch die Politik, das haben Herr Schulte-Sasse und andere Leute ja vorgegeben. Herr Hansen ist ja nicht hergekommen und hat gesagt, ich mache das einmal so. Es ist ihm ja gesagt worden.“[532]
>
> „Das Fazit aus meiner Sicht ist, dass der Auftrag des Senats [aus den Jahren 2007 und 2008] bis Ende 2011 umgesetzt wurde.“[533]

Die Steuerung der kommunalen Kliniken war dem Senat durch die Holding-Struktur nicht entzogen, er hätte jederzeit in alle Entscheidungen eingreifen können. Ebenso hätte die GeNo-Geschäftsführung deutlich machen können, dass Korrekturen am eingeschlagen Kurs erforderlich sind. Beides geschah nicht. **GeNo-Leitung und Ressort waren sich in der Ausrichtung einig** und arbeiteten ja auch bei der Erstellung der entscheidenden Senatsvorlage vom Juni 2008 zusammen.

Das Durchstellen der kritischen Entscheidungen und des Personalabbaus wurde durch die Strukturen der **organisierten Verantwortungslosigkeit** erleichtert und befördert, die teils von der GeNo-Leitung (ebenfalls gedeckt durch Senatsbeschluss und Aufsichtsrat) geschaffen wurden, in Teilen auch älteren Datums waren.

Trotz der eindeutigen Festlegung des Senats und der GeNo-Leitung auf den Kurs der Kürzung, des Personalabbaus und der Reinigungsverbilligung hätte es in den zwei Jahren 2010 und 2011, als die gravierenden Folgen für die Patientensicherheit immer offensichtlicher wurden, zu Reaktionen im Klinikverbund und in der senatorischen Behörde kommen müssen, um diese Grundsatzentscheidungen in Frage zu stellen, zumindest in der Totalität oder sogar noch Übersteigerung ihrer Umsetzung. Dies geschah trotz vieler Warnhinweise und vorgetragener Kritik nicht. Dafür war eine zunehmend autistische **Betriebskultur** ursächlich, die nicht nur im „Sanierungskurs“ wurzelte, sondern auch in patriarchaler Betriebskultur, Hierarchien zwischen Dienstarten und Berufsgruppen und einer als Managementqualität verstandenen Unbeirrbarkeit durch die Tatsachen.

Es gibt **keine** Hinweise darauf, dass die GeNo-Leitung deutlich vor dem Öffentlichwerden des Keimausbruchs über diesen informiert gewesen wäre und versucht hätte, den Ausbruch zu **verheimlichen**. Allerdings war der Geschäftsführer der GeNo am 27.10.2011 über den Ausbruch informiert, ohne unverzüglich die senatorische Behörde bzw. die Senatorin als Aufsichtsratsvorsitzende in Kenntnis zu setzen, was stattdessen am 1.11.2011 das Gesundheitsamt tat. Dies deutet zumindest darauf hin, dass seitens der GeNo-Leitung zunächst auf eine interne Bewältigung gehofft wurde.

> „Auf Nachfrage gibt Herr Hansen an, dass [er] am Donnerstagabend (27.10.) die Nachricht aus dem Klinikum Mitte erhalten hat. Anmerkung: Mein letztes Gespräch mit

[531] Ingelore Rosenkötter, Protokoll der öffentlichen Anhörung 20-2820
[532] Wolfgang Marg, Protokoll der öffentlichen Anhörung 13-1630
[533] Diethelm Hansen, Protokoll der öffentlichen Anhörung 10-1102

Herrn Hansen datiert vom Mi. (26.10.) Er versichert mir, dass er mich selbstverständlich sonst am 26.10. [also im Rahmen des Gesprächs] informiert hätte.“[534]

Ähnliches gilt für den Leiter der Kinderklinik, der seine Skepsis gegenüber der Meldung am 7.09.2011 äußerte.

Die Verantwortungen für die direkten und die indirekten Ursachen des Keimausbruchs stellt sich im Überblick so dar:

<table>
<tr><th>DIREKTE URSACHEN</th><th>Entscheidung</th><th>Mitverantwortung</th><th>Aufsicht/ Kontrolle</th></tr>
<tr><td>Personelle Unterausstattung in der Pflege</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>Zu wenig Personal angestellt (Nichteinhaltung KRINKO)</td><td rowspan="2"><u>GF GeNo</u>
PGF KBM</td><td rowspan="2">Ltg. KiKli
ÄGF KBM
stellv. ÄGF KBM</td><td rowspan="2">AR GeNo
AR KBM
Ressort (17)</td></tr>
<tr><td>Zentralisierung als Bettenauf-stockung ohne Personalaufstockung</td></tr>
<tr><td>Unterbesetzung auf 4027 (Dienstplan)</td><td rowspan="2">Ltg. KiKli
PGF KBM
Ltg. ElKi</td><td rowspan="2">ÄGF KBM
stellv. ÄGF KBM</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>Geringer Fachweiterbildungs-Anteil (Qualifikation)</td></tr>
<tr><td>Mangelhafte Reinigung und Desinfektion</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>Schlechte Qualität der Reinigung</td><td rowspan="4">R+S
GF GND
GF KBM</td><td rowspan="2"><u>GF GeNo</u>
GF KBM</td><td rowspan="4">AR GeNo
AR KBM</td></tr>
<tr><td>Zu wenig Reinigungsstunden</td></tr>
<tr><td>Mangelhafte und widersprüchliche Handlungsanweisungen</td><td rowspan="2">ÄGF KBM
stellv. ÄGF KBM</td></tr>
<tr><td>Mangelhafte Schulung</td></tr>
<tr><td>Auslagerung und Fremdmanagement</td><td>Senat (17)
Ressort</td><td><u>GF GeNo</u>
GF KBM</td></tr>
<tr><td>Mangelhaftes Hygienemanagement</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>Mangelhafte Dokumentation und Auswertung der Patientenbefunde</td><td>Ltg. KiKli</td><td rowspan="4">ÄGF KBM
stellv. ÄGF KBM
Hyg.komm.</td><td></td></tr>
<tr><td>Mangelhafte Dokumentation und Auswertung der Umgebungsbefunde</td><td>KH-Hygieniker</td><td></td></tr>
<tr><td>Unterlassene Meldungen nach IfSG</td><td rowspan="2">Ltg. KiKli</td><td></td></tr>
<tr><td>Unterlassene Stationsschließung</td><td></td></tr>
<tr><td>Unterbesetzung der Hygiene-strukturen (ÄGF, HFK, KH-Hyg, HK)</td><td rowspan="2"><u>GF GeNo</u>
ÄGF KBM</td><td>Ressort (17)</td><td></td></tr>
<tr><td>Ineffizientes Ausbruchsmanagement</td><td>GAB</td><td>Ressort (18)</td></tr>
<tr><td>Wiedereröffnung trotz Mängeln</td><td><u>GF GeNo</u>
ÄGF KBM</td><td>GAB</td><td>Ressort (18)</td></tr>
</table>

[534] Notiz der Senatorin: Telefongespräch mit Herrn Hansen, 2.11.2011, 20.28 Uhr, Band 1, S. 74

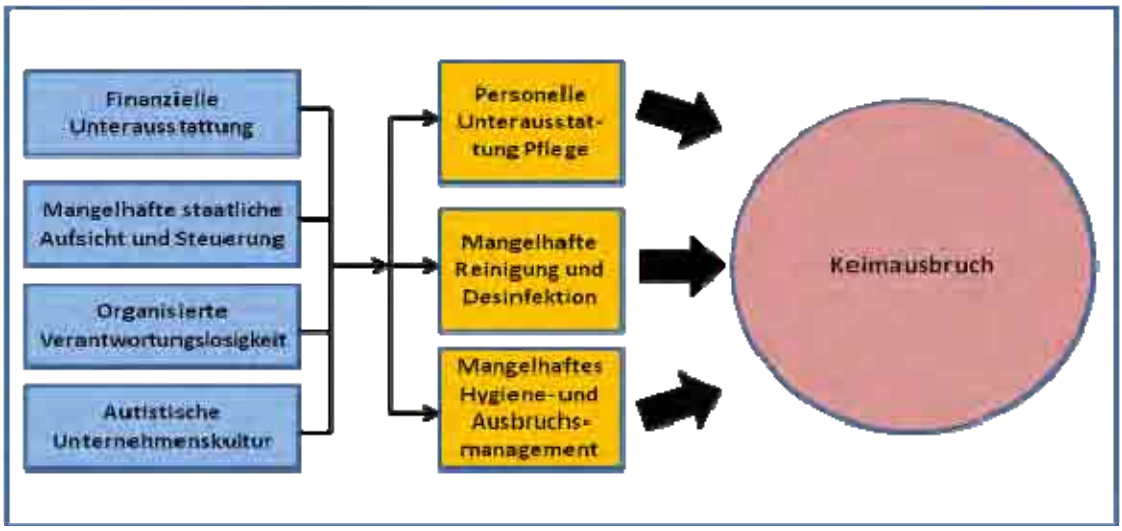
INDIREKTE URSACHEN	Entscheidung	Mitverantwortung	Aufsicht/ Kontrolle
Finanzielle Unterausstattung der kommunalen Kliniken			
Personalabbau	Senat (17) Ressort (17) SF	GF GeNo GF KBM KPMG	AR GeNo AR KBM
Fehlgesteuerte Personalentwicklung			
Überlastung durch TEN-Selbstfinanzierung		GF GeNo GF KBM PwC	
Mangelhafte staatliche Aufsicht und Steuerung			
Zu wenig Begehungen	GAB	Ressort	
Zu wenig Personal beim GAB	Ressort (17)	Senat SF	
Mangelhafte fachpolitische Steuerung	Ressort (17)	Senat	
Ineffiziente Organisationsstruktur			
Verunklarung durch Zentrenkonzept	Senat (17) GF GeNo		AR GeNo
Unterordnung der Neonatologie unter die Kinderklinik	GF GeNo (alt)	GF KBM (alt)	AR GeNo AR KBM
Auslagerung von Entscheidungen an private Consultingfirmen	Senat (17) GF GeNo	GF KBM Ressort (17)	AR GeNo AR KBM
Double-Bind des Senats gegenüber den kommunalen Kliniken	Senat		
Autistische Unternehmenskultur			
Ausblendung und Resignation	GF GeNo GF KBM	Ressort (17)	AR GeNo AR KBM
Fehlinformation der Öffentlichkeit	GF GeNo GF KBM Ltg. KiKli	Ressort (18)	
Patriarchale Unternehmenskultur	GF GeNo	Senat (17)	

Deutlich wird, dass für die direkten Ursachen des Keimausbruchs der Geschäftsführung der GeNo, in zweiter Linie der Geschäftsführung des KBM und der Leitung der Kinderklinik eine herausragende Verantwortung zukommt. Für die indirekten Ursachen tragen schwerpunktmäßig der Senat der 17.Legislaturperiode sowie die damalige Ressortleitung die Verantwortung.

V. Konsequenzen und Empfehlungen

Der Keimausbruch auf der Frühgeborenen-Abteilung des KBM ist kein isolierter Vorgang. Er geht zu einem erheblichen Teil auf Ursachen zurück, die nicht auf die Station oder die Kinderklinik beschränkt sind. Er ist letztlich das Ergebnis einer **umfassenden Fehlsteuerung des kommunalen Klinikverbunds durch den Senat,** die aus Krankenhäusern Profitcenter und aus fachlicher Aufsicht Kürzungskontrolle gemacht hat. **Bei allen Mängeln im Einzelnen fehlte es hauptsächlich an Personal, an Geld und an politischer Verantwortung.**

Die Empfehlungen des Mehrheitsberichts ordnen sich in dieses Gefüge ein, statt es aufzubrechen. **Sie stellen den „Sanierungskurs“ nicht in Frage, sondern setzen ihn vorsichtiger fort.** Von den 42 Empfehlungen des Mehrheitsberichts handelt die Hälfte (19) von besserer Prüfung und Kontrolle. Bessere Personalausstattung in der Pflege wird nur für eine Station gefordert, die bis auf weiteres geschlossen ist. Von Geld ist nur auf der Bundesebene die Rede. Vom Senat wird nicht mehr erwartet, als sich auf Bundesebene „einzusetzen“ und „hinzuwirken“ und ansonsten viel zu „prüfen“. Die entscheidenden Ursachen bleiben dabei außen vor.



Die meisten der im Mehrheitsbericht ausgesprochenen Empfehlungen sind nicht falsch. Sie bewegen sich nur in gebührendem Abstand von den eigentlichen Problemen: Dem Personalabbau, der Unterfinanzierung, den bisherigen Regierungsvorgaben. Dadurch sind die Mehrheitsempfehlungen unvollständig und bleiben an der Oberfläche. Für eine wirkliche Verringerung der Patientenrisiken sind sie unzureichend. Weder die Neonatologie noch die Krankenhaushygiene können sichere Inseln sein in einem System, das Patientensicherheit unter einen umfassenden Finanzierungsvorbehalt stellt. Die Aussage des Mehrheitsberichts, dass „Keimvorfälle“ nun einmal „zum Alltag in deutschen Kliniken (…) gehören“[535], ist ebenso vielsagend wie verräterisch. Infektionen sind Alltag in Kliniken. Keimausbrüche dagegen haben im Alltag deutscher Kliniken nichts verloren. Das Gesundheitssystem kann keine Sicherheit vor Bakterien versprechen. Aber den Keim vom Nachbarn im Nebenbett kann und darf man nicht übertragen bekommen.

[535] Mehrheitsbericht S. 46

Die Empfehlungen müssen der Ursachenanalyse folgen, wenn aus dem Keimausbruch angemessene Konsequenzen folgen sollen. Sie müssen darauf zielen, die direkten und die indirekten Ursachen zu bekämpfen, um künftige Keimausbrüche zu verhindern und in ihren Folgen zu begrenzen – auf Frühgeborenen-Abteilungen, aber auch generell in hygienesensiblen Abteilungen und in Krankenhäusern überhaupt. Empfehlungen dürfen kein Warenlager sein, aus dem die Politik sich nur diejenigen heraussucht, die am wenigsten kosten oder die in fremden Verantwortungsbereichen liegen.

Die nachstehenden Empfehlungen konzentrieren sich auf Konsequenzen, die im Einflussbereich des Klinikverbunds und der Landesregierung liegen. Es ergeben sich jedoch auch Empfehlungen für veränderte Regelungen auf Bundesebene.

1. Maßnahmen zur Bekämpfung der direkten Ursachen

1.1. Bessere personelle Ausstattung in der Pflege

(1) **Die Zahl qualifizierten Pflegepersonals an den kommunalen Kliniken, insbesondere am KBM, ist dringend und dauerhaft zu erhöhen.** Dafür muss eine Bedarfs- und Risikoerhebung erfolgen, die sich an den Erfahrungen der Stationen, am Casemix und am Vergleich mit Kliniken mit guten hygienischen und pflegerischen Ergebnissen orientiert.

(2) In der Neonatologie ist die **Empfehlung der KRINKO** unverzüglich und bindend umzusetzen: „Im Intensivtherapiebereich soll ein Pflegeschlüssel von 3:1 (Pflegekräfte pro Bett), im Überwachungsbereich von 2:1 vorgehalten werden, wobei ein möglichst hoher Anteil an Pflegekräften mit abgeschlossener Zusatzweiterbildung in pädiatrischer Intensivpflege anzustreben ist.“

(3) Ebenfalls ist die **Vorgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses** bindend einzuhalten: „Der Anteil der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder -pflegerinnen mit einer abgeschlossenen Fachweiterbildung im Bereich ‚Pädiatrische Intensivpflege‘ (…) beträgt mindestens 40 %. (…) Es sollte möglichst in jeder Schicht ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und/oder -pflegerin mit Fachweiterbildung im Bereich ‚Pädiatrische Intensivpflege‘ eingesetzt werden.“

(4) Bei der Aufstockung des Pflegepersonals an den kommunalen Kliniken sind die besonders **hygienesensiblen Bereiche zuerst** zu berücksichtigen.

(5) Die Verpflichtung auf die Einhaltung der KRINKO-Empfehlungen und der GBA-Vorgaben sowie generell auf eine dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende Ausstattung mit Pflegepersonal ist in die **Hygieneverordnung** aufzunehmen.

1.2. Aufwertung und Verbesserung der Reinigung

(1) Die Reinigung soll **wieder in die einzelnen Krankenhäuser eingegliedert** werden. Das Reinigungspersonal ist den anderen Dienstarten gleichzustellen (Bezahlung nach TVÖD, Verzicht auf betriebsbedingte Kündigungen). Die Auslagerung von Dienstleistungen an die R+S oder eine andere Fremdfirma ist unverzüglich, vollständig und ausnahmslos zu beenden. Der Empfehlung V.1 des Mehrheitsberichts, wonach die Qualitätskontrolle erneut ausgelagert werden sollen, wird scharf widersprochen. Die Reinigung *gehört* zum

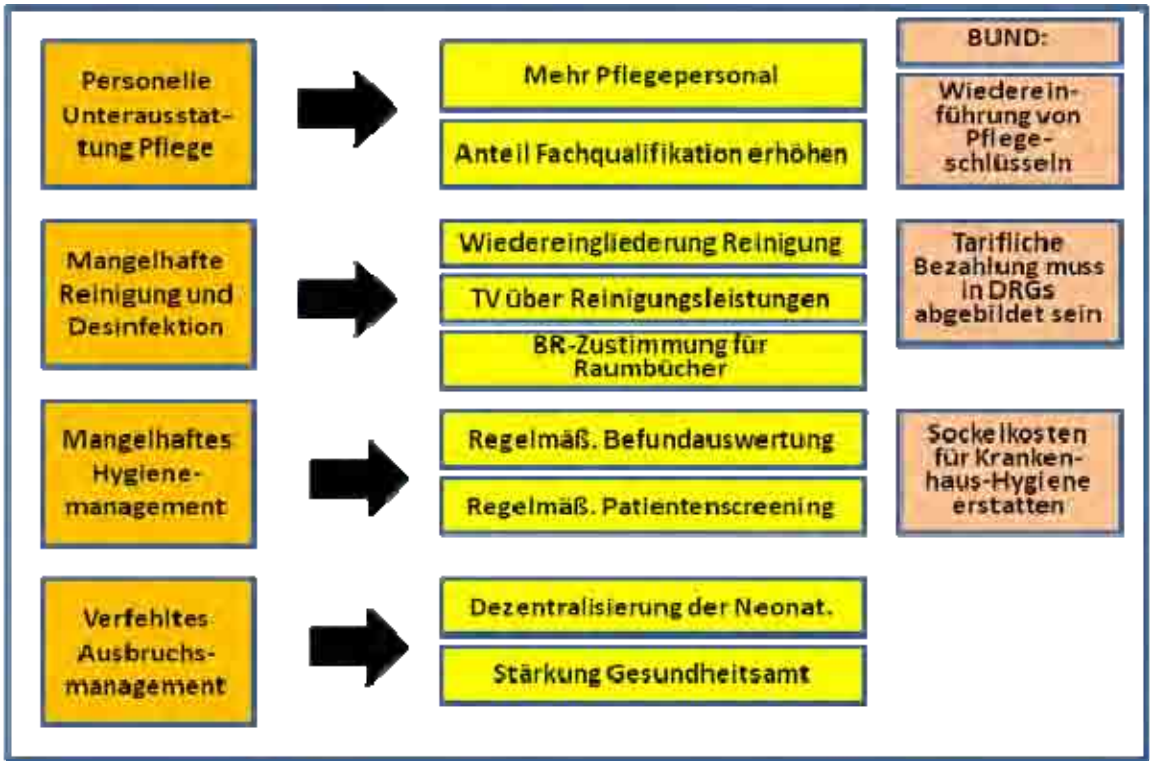
„Kerngeschäft“[536] eines Krankenhauses und muss von diesem verantwortlich und qualifiziert wahrgenommen werden.

(2) Für die Reinigung sind deutlich **niedrigere Leistungskennzahlen** (d.h. mehr Zeit für die Reinigung) festzulegen. Diese sollen wie bei der Gebäude-Eigenreinigung mit der zuständigen Gewerkschaft ausgehandelt und in einem transparenten System durch eine formale **Einigungsvereinbarung** verbindlich festgelegt werden. Sie sollen auch der Zustimmung des Krankenhaus-Hygienikers bedürfen.

(3) Die Zuordnung der Räume zu den Raumgruppen und Zeitaufschläge aufgrund besonderer Umstände sind zwischen den Geschäftsführungen der kommunalen Krankenhäuser und dem **Betriebsrat** der GND in einem transparenten Verfahren gemeinsam festzulegen.

(4) Das Reinigungspersonal muss den einzelnen Stationen fest zugeordnet und in das **Stationsteam** einbezogen sein.

(5) Die Kontrolle der Reinigungsleistung und des Reinigungssystems muss fester Bestandteil der Krankenhaus-Kontrolle durch das Gesundheitsamt werden.



1.3. Verbesserung des Hygienemanagements

(1) Eine kontinuierliche, gemeinsame **Auswertung der Patienten- und Umgebungsbefunde durch das Stationsteam** ist der Dreh- und Angelpunkt eines guten Hygienemanagements. Dies kann durch ein elektronisches Dokumentationssystem (Hybase) unterstützt, aber nicht ersetzt werden. Notwendig für eine erfolgreiche gemeinsame Befundauswertung sind hinreichend Zeit und die Beteiligung aller Dienstarten.

[536] Tomislav Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Anhörung 25-3628

(2) Auf allen Stationen ist ein **wöchentliches Patientenscreening** vorzunehmen. Stationen müssen ihr Keimspektrum kennen. Das Erkennen von Besiedelungen mit pathogenen Keimen ist eine Voraussetzung, Hygienemaßnahmen zu verschärfen und Übertragungen und Infektionen zu verhindern.

(3) Die Empfehlungen des Mehrheitsberichts zur **verbindlichen Stärkung der personellen Kapazitäten und Kompetenzen des Hygienemanagements** werden geteilt: Krankenhaus-Hygieniker in Vollzeit für jedes Krankenhaus; Berichtspflicht des KH-Hygienikers über Nichteinhaltung seiner Vorgaben; Weisungsrecht des KH-Hygienikers; Hygieneschulungen für ärztliche, pflegerische und ReinigungsmitarbeiterInnen.

(4) Die Bestellung **hygienebeauftragter Pflegekräfte** ist, entsprechend der Bestellung hygienebeauftragter ÄrztInnen, in die Hygieneverordnung aufzunehmen.

(5) Für die **Hygienekommission** ist ein monatlicher Sitzungsrhythmus vorzusehen. Die Teilnahme einer Vertreterin/ eines Vertreters des Reinigungspersonals ist sicherzustellen. Zu den Aufgaben der Hygienekommission gehört die laufende Anpassung des Hygieneplans an den Stand der medizinischen Wissenschaft. Offene und umstrittene Fragen in diesem Bereich sind kontinuierlich zu verfolgen.

(6) Über die erforderliche **Überarbeitung der Pläne für den Teilersatzneubau** Mitte unter hygienischen Gesichtspunkten ist der städtischen Deputation für Gesundheit und der Bürgerschaft schriftlich zu berichten.

(7) Der Klinikverbund soll durch Weiterbildung dafür sorgen, wieder über einen staatlichen geprüften **Desinfektor** zu verfügen.

1.4. Zuverlässiges Ausbruchsmanagement

(1) Die Frühgeborenen-Behandlung in Bremen ist **dauerhaft an mehreren Standorten** (Mitte, Nord, LdW) anzusiedeln. Die Untersuchungen des Ausschusses haben gezeigt, dass das Argument drohender Versorgungsengpässe durch Ausfall des einzigen Level-1-Standorts sich blockierend ausgewirkt hat und rechtzeitiges Ausbruchsmanagement, Aufnahmestopp und Stationsschließung dadurch hinausgezögert wurden. Der Empfehlung des Mehrheitsberichts, die Neonatologie nach Fertigstellung des Teilersatzneubaus wieder am Standort Mitte zu zentralisieren, wird ausdrücklich **widersprochen**.

(2) Dem **Gesundheitsamt** kommt die Aufgabe zu, die qualifizierte Durchführung des Ausbruchsmanagements an allen Kliniken in der Stadtgemeinde zu beaufsichtigen und durchzusetzen. Eine fachliche und personelle **Aufstockung** des Gesundheitsamts ist dafür erforderlich (Aufstockung des Referats Infektionsepidemiologie).

(3) Bei **jedem** gehäuften Auftreten nosokomialer Infektionen, evtl. auch bereits beim gehäuften Auftreten von Nachweisen in der Umgebung oder in Form von Besiedlungen, muss ein organisiertes **Ausbruchsmanagement** stattfinden. Hierfür ist jeweils ein **Ausbruchsmanagement-Team** einzusetzen. Dessen Aufgaben sind es, Maßnahmen zur Erhöhung der Hygienebarrieren und zum Patientenschutz zu definieren, Untersuchungen zur Ursachenanalyse durchzuführen, Maßnahmen zur Beendigung des Ausbruchs und zur künftigen Prävention zu identifizieren und den Ausbruch abschließend zu dokumentieren.

(4) Das Verfolgen **aktueller Entwicklungen** an anderen Krankenhäusern und die Bewertung aktueller Entwicklungen im Ausbruchsmanagement gehört zu den Aufgaben der Hygienekommission. Die **zuständige Landesbehörde** für Meldungen nach dem Infektionsschutzgesetz muss auf Landesebene angesiedelt sein, d.h. bei der senatorischen Behörde. Die Empfehlung des Mehrheitsberichts VII.1 wird daher geteilt.

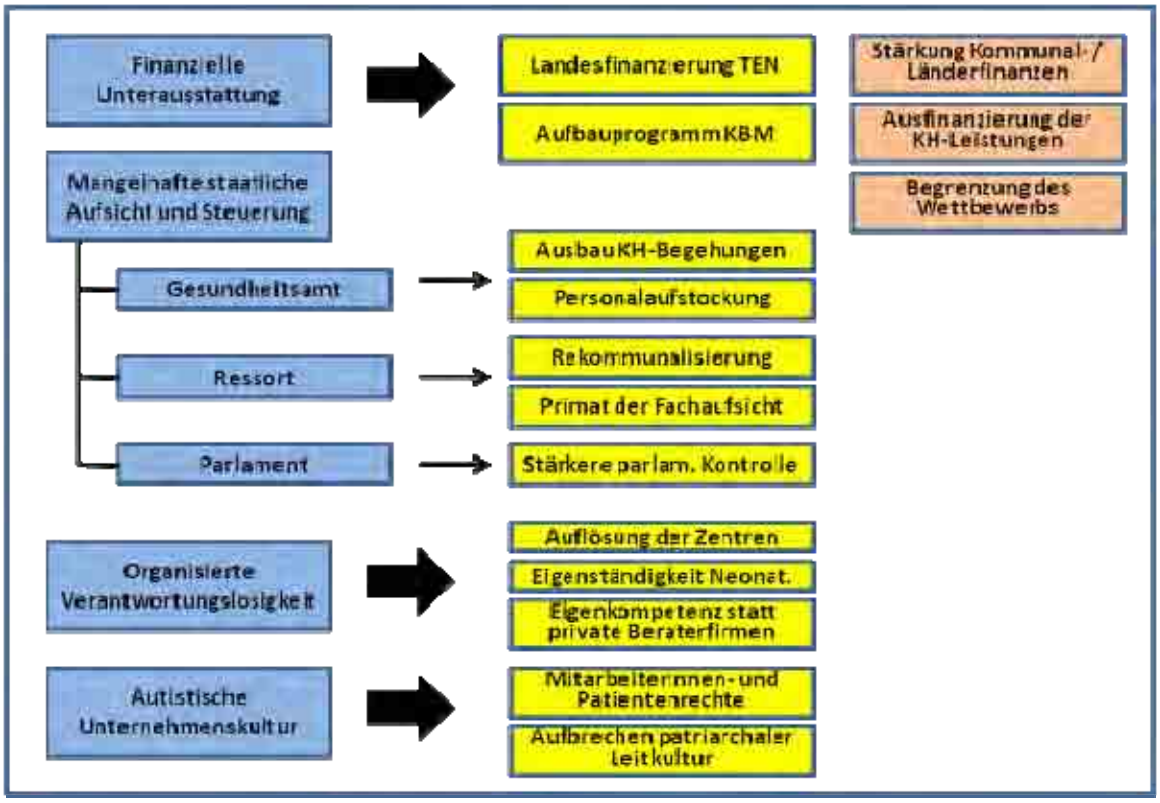
(5) Für das Erkennen von Ausbrüchen ist die **Feststellung von Todesursachen** wesentlich. Die Forderung des Mehrheitsberichts nach Einführung der qualifizierten Leichenschau wird geteilt. Ebenso wichtig ist, dass bei im Krankenhaus Verstorbenen unverzüglich ein Abstrich und eine Keimprobe der Blutkultur gemacht werden.

2. Maßnahmen zur Bekämpfung der indirekten Ursachen

2.1. Beendigung der chronischen Unterfinanzierung der kommunalen Kliniken

(1) Die **Kosten des Teilersatzneubaus Bremen-Mitte** müssen vollständig vom Land Bremen übernommen werden. Die Finanzierung aus dem laufenden Betrieb stellt eine untragbare Belastung der kommunalen Krankenhäuser dar, die negativ auf die Qualität der Behandlung und die Patientensicherheit durchschlägt. Dieser Zustand muss unverzüglich durch einen Senatsbeschluss korrigiert werden.

(2) Die mittelfristige Entwicklungsplanung, die Wirtschaftspläne der GeNo und der einzelnen kommunalen Kliniken sowie die Planung der Personalentwicklung sind auf dieser Grundlage anzupassen.



2.2. Stärkung der Krankenhaus-Aufsicht und Steuerung

2.2.1. Verbesserte Aufsicht durch das Gesundheitsamt

(1) Die Krankenhaus-Aufsicht durch das Gesundheitsamt muss massiv gestärkt werden. Als Minimalziel ist eine **jährliche gründliche Überprüfung der Krankenhäuser** vorzusehen, die sich am **niederländischen Modell** orientiert und eine Begehung von mehreren Tagen bis zu 2 Wochen umfasst. Die bisherige Krankenhausaufsicht durch das Gesundheitsamt ist unzureichend und weder durch Hygiene-Audits, noch durch eine bloße Erhöhung der Zahl der Krankenhaus-Begehungen ausreichend zu verbessern.

(2) Die Empfehlungen des Mehrheitsberichts zur Durchführung auch **unangekündigter Begehungen** und zur systematischen Nachkontrolle werden geteilt.

(3) Das Gesundheitsamt ist auch für diese Aufgaben **fachlich und personell aufzustocken.** (Einrichtung von 2 Vollzeitstellen, die ausschließlich für die Kontrolle der Krankenhäuser zuständig sind).

2.2.2. Fachliche Steuerung durch das Ressort

(1) Die Steuerung der kommunalen Kliniken in der bisherigen Form hat sich als nicht funktionstüchtig und als nicht hinreichend durch den Eigentümer kontrolliert erwiesen. Die kommunalen Kliniken sollen daher wieder in **kommunale Eigenbetriebe** überführt werden.

(2) Bei der Steuerung der kommunalen Kliniken ist das **Primat der Fachabteilung** über das Beteiligungsmanagement zu verankern. Der Betrieb kommunaler Kliniken ist keine ökonomisch orientierte Beteiligung, sondern eine Aufgabe der öffentlichen Daseinsvorsorge.

(3) Fachaufsicht und fachliche Steuerung, egal unter welchem Namen, muss man wollen. Sie ist Ausdruck des politischen Gestaltungsauftrags. Den Ausführungen des Gutachters Walter Popp vor dem Ausschuss wird hierzu vollständig gefolgt:

„Ich meine, da müssen Sie einmal Ihr politisches Selbstverständnis hinterfragen. Ich meine, Sie sind ja nicht hier, um bestehende Gesetze umzusetzen, sondern ich habe es immer so verstanden, dass Politiker ein Gestaltungsverständnis haben, um die Situation zu verbessern und für die Bürgerinnen und Bürger etwas besser zu machen. Dann kann ich doch nicht hingehen und sagen, ich werde jetzt gewählt, und in den vier Jahren, für die ich gewählt bin, wende ich nur die Gesetze an, die meine Vorgänger gemacht haben, und ansonsten kümmere ich mich um nichts.“[537]

2.2.3. Stärkung der parlamentarischen Aufsicht

(1) Die Empfehlungen des Mehrheitsberichts zur **verstärkten Befassung und Einbindung der Deputation** für Gesundheit werden geteilt.

(2) Die Frage, in welcher **Form** die parlamentarische Befassung mit der Entwicklung der kommunalen Kliniken am besten vorgenommen werden kann (Deputation, Krankenhaus-Ausschuss, Gesundheitsausschuss), lag jenseits des Untersuchungsauftrags des

[537] Walter Popp, Protokoll der öffentlichen Anhörung 32-4710

Untersuchungsausschusses. Sie sollte vom Parlament eigenständig befasst und diskutiert werden.

2.3. Verantwortliche und kooperative Strukturen

(1) Die Einrichtung **standortübergreifender Zentren** als Organisationseinheit mit Budget- und Personalverantwortung hat sich als ungeeignet erwiesen und ist **aufzugeben**. Dies spricht nicht gegen fachliche Zusammenarbeit zwischen gleichartigen Abteilungen an verschiedenen Standorten. Die Einheit von fachlicher, personeller, organisatorischer und ökonomischer Verantwortung am jeweiligen Standort ist aber die unverzichtbare Grundlage für eine verantwortliche und qualitativ hochwertige Krankenhausentwicklung. Der Empfehlung III:1 des Mehrheitsberichts, nach der das Eltern-Kind-Zentrum in Mitte wieder als „standortübergreifendes Zentrum“ konstruiert werden soll, wird ausdrücklich **widersprochen**.

(2) Genuine Verantwortungen der Kliniken, des Klinikverbunds, des Ressorts und des Senats dürfen **nicht an private Wirtschaftsberatungen ausgelagert** werden. Dazu gehören insbesondere Personalbedarfsplanung, Strukturentscheidungen der medizinischen Versorgung und andere Grundsatzfragen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge,

(3) **Grundregeln** für die Einschaltung externer Beratung sind: a) es werden klare Fragen formuliert; b) die Gutachten und die zugrundeliegenden Aufträge sind den Betriebsräten, dem Parlament und möglichst auch der Öffentlichkeit vollständig zugänglich; c) es werden zweite Meinungen eingeholt; d) Fragen der fachlichen Steuerung werden nicht von Wirtschaftsberatungen beantwortet, sondern von Fachorganisationen.

2.4. Förderung einer demokratischen Unternehmenskultur

(1) Die Informations- und Mitwirkungsrechte von **Beschäftigten und Patienten** und ihren jeweiligen selbstorganisierten Vertretungen und Organisationen sind umfassend zu stärken. Betriebliche Mitbestimmung setzt gleichberechtigten Zugang zu allen Informationen der Geschäftsführungen voraus. Mitwirkung von Beschäftigten und von Patienten beruht auf verfassten Rechten und Zugang zu Entscheidungsverfahren. Anonyme Zettelkästen („CIRS“) können dies nicht ersetzen.

(2) Eine **mitarbeiterorientierte und kooperative Betriebskultur** ist nicht mit befristeten, schnell wechselnden und zeitlich überlasteten **Arbeitsverhältnissen** vereinbar. Die Spaltung in umworbene SpezialistInnen und Prekär-Nachgeordnete, die inzwischen bis in die ärztliche Berufsgruppe hineinreicht, ist zu überwinden.

(3) Das **Landesgleichstellungsgesetz** ist auch in den kommunalen Kliniken (wie auch im Gesundheitsamt und in der senatorischen Behörde) konsequent anzuwenden. Patriarchale Leitkulturen, ‚Macher‘- und ‚Basta‘-Haltungen, das Durchstellen von Entscheidungen etc. behindern eine kommunikative Betriebskultur und führen zu falschen Entscheidungen, die sich lange Zeit gegen alle Fakten selbst bestätigen.

(4) Die Forderung des Mehrheitsberichts, dass alle MitarbeiterInnen „unabhängig von Stellung und Funktion“ Mängel melden können müssen, „ohne berufliche Nachteile befürchten zu müssen“, ist lobenswert, aber hilflos. Erforderlich ist, dass **berufliche**

Abhängigkeiten, ‚Korpsgeist’ und persönliche Hierarchiepositionen aufgebrochen werden.

(5) Die **soziale Hierarchie** zwischen Berufsgruppen und Dienstarten muss durch Teamstrukturen und aktive Einbeziehung überwunden werden. Moderne Medizin ist eine umfassende Aufgabe, an der alle im Krankenhaus Arbeitenden mit verschiedenen Verantwortungen und auf Augenhöhe teilnehmen.

3. Konsequenzen auf Bundesebene

3.1. Verbindliche Personalstandards in der Krankenhauspflege

(1) Die Forderung des Mehrheitsberichts nach **verbindlichen Personalstandards** in der Krankenhauspflege, „um einen ruinösen Wettbewerb auf Kosten der Beschäftigten und Patienten zu verhindern“, wird ausdrücklich **geteilt** und unterstützt.

(2) Der Senat ist aufgefordert, sich für eine Erarbeitung von Pflegeschlüsseln einzusetzen, bei der Pflegewissenschaft, Fachgesellschaften, Gewerkschaften und Berufsverbände sowie unabhängige Patientenvertretungen maßgeblich mit einbezogen sind.

3.2. Ausfinanzierung der Krankenhaus-Leistungen

(1) Die Forderung nach einer **vollständigen Ausfinanzierung der Krankenhausleistungen**, mit voller Berücksichtigung der realen Preissteigerungen und der steigenden Anforderungen durch den Stand der medizinischen Wissenschaft, wird ausdrücklich geteilt.

(2) Die Finanzierung der Krankenhausleistungen muss auf der **Grundlage tariflicher Bezahlung** aller im Krankenhaus Arbeitenden kalkuliert sein.

(3) Personelle und sachliche Aufwendungen für die **Krankenhaus-Hygiene**, einschließlich ihrer Organisationsstrukturen, müssen abgegolten werden, z.B. durch krankenhausbezogene Sockelbeträge.

3.3. Begrenzung des Wettbewerbsdrucks auf Krankenhäuser

(1) Dem **Wettbewerbsdruck** auf die Krankenhäuser müssen **Grenzen** gezogen werden. Tarifflucht, Auslagerung, ‚Sparen‘ bei der Krankenhaushygiene, personelle Unterbesetzung etc. müssen entweder durch Regulierung unterbunden oder durch Abzüge bestraft werden.

(2) Für die Gesundheitsversorgung **notwendige und sinnvolle Strukturentscheidungen**, etwa bei der Aufrechterhaltung von Standorten und medizinischen Angeboten, müssen möglich und **finanzierbar** bleiben.

3.4. Stärkung der Kommunal- und Länderfinanzen

(1) Eine **Stärkung der Kommunal- und Länderfinanzen** ist notwendige Voraussetzung dafür, dass Kommunen und Bundesländer ihre Aufgaben in der öffentlichen Gesundheitsversorgung angemessen wahrnehmen. Die Unterfinanzierung der Kommunen, die finanzielle Überlastung der Länder und die chronische Unterfinanzierung

der Stadtstaaten tragen wesentlich dazu bei, dass die öffentliche Daseinsvorsorge schlechter wird. Die gesetzliche Verantwortung der Länder für die Krankenhaus-Investitionen muss auch durch eine ausreichende Ausstattung der Länderhaushalte und eine bundesweite Lösung für deren Überschuldung gestützt werden.

(2) Die Frage, ob eine monistische **Krankenhausfinanzierung** sinnvoller ist als die bestehende duale Finanzierung, ist eigenständig zu entscheiden und kann nicht nur aus der aktuellen Finanznot der Länder und Kommunen abgeleitet werden.

VI. Schlussbemerkung

Die Untersuchungen des Ausschusses haben lange gedauert. Sie hatten ein Ziel, das nicht vergessen werden darf: Vermeidbare Erkrankungen, vermeidbare Todesfälle von Frühgeborenen in Zukunft zu verhindern. Kinder, die zusammen mit ihren Eltern und zusammen mit Pflegekräften und ÄrztInnen kämpfen und es doch nicht schaffen. Wie jenes Kind, von dem der Pflegebericht vermerkt „4 Stunden Känguruplege taten dem Kind richtig gut“ und das dann doch stirbt, vielleicht an der Hirnblutung, vielleicht an der Infektion mit dem Ausbruchskeim, ohne dass man es je wissen wird, weil mögliche Belege nicht gesichert wurden. Kinder, die – und an diesem Eindruck kam niemand im Ausschuss vorbei – es in einigen Fällen auch deshalb nicht schafften, weil die Voraussetzungen nicht so waren, wie sie hätten sein müssen. Weil zu wenig da war: zu wenig Personal, zu wenig Zeit, zu wenig Teamarbeit, zu wenig Ernstnehmen von Hygiene und von medizinischen Problemen, die man nicht operieren kann, sondern die man durch ein gutes und aufwändiges System vermeiden muss: Krankenhausinfektionen.

Für die Krankenhäuser, die Gesundheitsleistungen produzieren, ist Gesundheit zu einer Ware geworden. Sie konkurrieren bei Strafe des Untergangs auf einem Markt, der Preise festsetzt, aber Qualität nicht kontrolliert. Sie versuchen so viele Patienten mit so komplizierten Diagnosen wie möglich einzuwerben, die sie so kostengünstig wie möglich behandeln und betreuen, um mit der Summe der Einzelprofite die Kosten zu decken, die niemand bezahlt: Unbelegte Betten, Vorhalten von Personal, Instandhaltung – und immer öfter auch die Investitionskosten, aus denen sich Länder und Kommunen immer mehr zurückziehen, weil sie selbst pleite sind.

Für diejenigen, die Gesundheitsleistungen brauchen – also wir alle – ist Gesundheit keine Ware und darf sie keine sein.

Nach dem Tod des kleinen Kevin, der 2006 den Untersuchungsausschuss „Kindeswohl“ auslöste, äußerte Senatspräsident Jens Böhrnsen in einem Interview: „Die Sicherheit der Kinder geht vor. Notfalls bauen wir eben eine Straße weniger.“ Zu den Kindern, die in einem kommunalen Krankenhaus an Krankenhauskeimen starben, hat man nichts dergleichen gehört. Heute müsste der Satz heißen: „Die Sicherheit der Patienten geht vor. Notfalls kommen wir mit der Schuldenbremse nicht hin.“ Aber er kommt nicht. Die Zeiten sind härter geworden.

Viele haben nichts gesagt vor dem Ausschuss. Aber viele haben sich vorher getraut, etwas zu sagen. Wie jene Pflegekraft, die in einer Überlastungsanzeige schreibt: „Die ‚Pflege‘ die momentan durchgeführt wird in diesem Haus, ist meiner Meinung nach verantwortungslos. Ich gehe hier mit keinem ruhigen Gewissen nach Hause.“ Die Probleme wurden nicht schweigend hingenommen. Aber die, die Macht gehabt hätten sie anzugehen, hatten nicht den Mut.

Einiges hat sich geändert. Die Frage ist, ob nach dem Untersuchungsausschuss dieselben Fehler weitergemacht werden, nur ‚vorsichtiger‘. Das wird nicht reichen. Ein radikales Umdenken, was öffentliche Gesundheitsversorgung betrifft, ist überfällig.